



VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA  
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA ÚČETNICTVÍ

Systém zdravotní péče v České republice a srovnání s mezinárodními standardy

Health Care System in the Czech Republic and Comparison with International  
Standards

Student: Bc. Veronika Musilová

Vedoucí diplomové práce: Ing. Alžběta Urbancová, Ph.D.

Ostrava 2013

## Zadání diplomové práce

Student: **Bc. Veronika Musilová**

Studijní program: N6208 Ekonomika a management

Studijní obor: 6202T049 Účetnictví a daně

Specializace: 00 Účetnictví a daně

Téma: **Systém zdravotní péče v České republice a srovnání s mezinárodními standardy**  
**Health Care System in the Czech Republic and Comparison with International Standards**

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
  2. Systém zdravotní péče v České republice
  3. Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích
  4. Návrhy opatření pro zlepšení fungování českého zdravotnictví
  5. Závěr
- Seznam použité literatury  
Seznam zkratk  
Prohlášení o využití výsledku diplomové práce  
Seznam příloh  
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

- HAMERNÍKOVÁ, Bojka, Alena MAAÝTOVÁ a kol. *Veřejné finance*. 2. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 340 s. ISBN 978-80-7357-497-0.
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- MÁTL, Ondřej, Veronika BERÁNKOVÁ a kol. *Zdravotnictví za hranicemi*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 82 s. ISBN 978-80-254-3776-6.

Formální náležitosti a rozsah diplomové práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Alžběta Urbancová, Ph.D.**

Datum zadání: 23.11.2012

Datum odevzdání: 26.04.2013



Ing. Jana Hakalová, Ph.D.  
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová  
děkanka fakulty

„Prohlašuji, že jsem celou diplomovou práci, včetně příloh, vypracovala samostatně.“

V Ostravě 26. 4. 2013

.....  
Veronika Musilová  
Veronika Musilová

# Obsah

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>6</b>
<b>2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 PRÁVNÍ ÚPRAVA ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	8
<b>2.2 VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 DEFINICE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.....	10
2.2.2 VZNIK A VÝVOJ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ .....	10
2.2.3 VÝVOJ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.....	11
2.2.4 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY .....	13
2.2.5 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY ZALOŽENÉ NA POJIŠTĚNÍ.....	14
2.2.6 STÁTNÍ ZDRAVOTNICTVÍ .....	17
2.2.7 MODEL ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .....	18
2.2.8 ZDRAVOTNÍ POLITIKA A ROLE STÁTU .....	19
2.2.9 ORGANIZACE PÉČE O ZDRAVÍ .....	19
<b>2.3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY .....</b>	<b>21</b>
2.3.1 PRÁVNÍ RÁMEC FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	22
2.3.2 ZDROJE FINANCOVÁNÍ PÉČE O ZDRAVÍ .....	22
2.3.3 VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	22
2.3.4 STÁTNÍ ROZPOČET A ROZPOČTY ÚZEMNÍCH ORGÁNŮ .....	27
2.3.5 FINANČNÍ SPOLUÚČAST PACIENTŮ A PŘÍMÉ ÚHRADY .....	27
2.3.6 SOUKROMÉ POJIŠTĚNÍ .....	28
<b>3 SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1 FRANCIE .....</b>	<b>31</b>
3.1.1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE VE FRANCII.....	31
3.1.2 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY VE FRANCII.....	31

3.1.3	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	32
3.1.4	PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE FRANCII.....	33
3.1.5	SPOLUÚČAST PACIENTA .....	35
3.1.6	SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ VE FRANCII .....	35
3.1.7	VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ.....	35
<b>3.2</b>	<b>NĚMECKO .....</b>	<b>36</b>
3.2.1	SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V NĚMECKU .....	36
3.2.2	NĚMECKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	36
3.2.3	ZDRAVOTNÍ FOND .....	37
3.2.4	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY - NEMOCENSKÉ POKLADNY .....	38
3.2.5	PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NĚMECKU.....	38
3.2.6	SPOLUÚČAST PACIENTŮ .....	39
3.2.7	SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	40
3.2.8	VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ.....	41
<b>3.3</b>	<b>RAKOUSKO .....</b>	<b>42</b>
3.3.1	SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V RAKOUSKU.....	42
3.3.2	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V RAKOUSKU .....	43
3.3.3	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY.....	44
3.3.4	PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V RAKOUSKU.....	44
3.3.5	SPOLUÚČAST PACIENTŮ .....	45
3.3.6	SOUKROMÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ .....	46
3.3.7	VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ.....	47
<b>4</b>	<b>NÁVRHY OPATŘENÍ PRO ZLEPŠENÍ FUNGOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR PODLE ZDROJŮ FINANCOVÁNÍ V LETECH 2009 – 2011.....</b>	<b>48</b>
4.1.1	CELKOVÉ VÝDAJE .....	49
4.1.2	VEŘEJNÉ VÝDAJE .....	49
4.1.3	SOUKROMÉ VÝDAJE .....	51

<b>4.2 SROVNÁNÍ ZAHRANIČNÍCH INDIKÁTORŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ S ČR.....</b>	<b>53</b>
4.2.1 CELKOVÉ VÝDAJE .....	53
4.2.2 VEŘEJNÉ VÝDAJE .....	55
4.2.3 SOUKROMÉ VÝDAJE .....	57
 <b>4.3 NEDOSTATKY STÁVAJÍCÍHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU V ČR.....</b>	<b>58</b>
 <b>4.4 DÍLČÍ NÁVRHY KE ZLEPŠENÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ PO VZORU RAKOUSKA A NĚMECKA .....</b>	<b>61</b>
 <b>4.5 FINANČNÍ REZERVY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ V OBLASTI PŘÍJMŮ .....</b>	<b>64</b>
4.5.1 VEŘEJNÉ ZDROJE.....	65
4.5.2 SOUKROMÉ ZDROJE.....	67
 <b>5 ZÁVĚR .....</b>	<b>69</b>
 <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>71</b>
 <b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>76</b>
 <b>PROHLÁŠENÍ O VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE</b>	
 <b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	
 <b>PŘÍLOHY</b>	



# 1 Úvod

Téma diplomové práce jsem si zvolila z důvodu toho, že z pohledu mého - jako pacienta, by se české zdravotnictví mělo změnit. V České republice neexistuje problém se zdravotní péčí, nýbrž s financováním zdravotnictví, které se pak odráží na profesionalitě českých zdravotnických zařízení a v přístupu zdravotnického personálu. Česká republika má ale i přes výrazný rozpor v bilanci mezi stále rostoucími náklady na zdravotní péči a možnostmi, jak tyto nároky finančně pokrývat, nejvyšší úroveň zdravotnictví ve světě. Jak tvrdí Janečková, Hnilicová (2009, s. 8) „zdravotnictví patří k těm sektorům národní ekonomiky, které odčerpávají velký podíl společenských zdrojů.“ „Zachování zdraví každého jednotlivce i celé společnosti vyžaduje na jedné straně nemalé prostředky, na straně druhé je zdraví zároveň důležitým zdrojem společenského rozvoje. Investice do zdraví má charakter investice do budoucnosti.“

Problém financování zdravotnictví byl již mnohokrát rozebírán ve více či méně přínosných diskuzích odborné, ale i laické veřejnosti. Sledování těchto diskuzí ve mně vzbudilo zájem o to, jak funguje zdravotnictví za hranicemi našeho státu a tento zájem pak vyústil v myšlenku zpracovat toto téma jako diplomovou práci.

V dnešní době není zcela nutné vždy vymýšlet nová řešení a koncepce, které by pomohly stabilizovat veřejné zdravotnictví v ČR. Stačí se poohlédnout za historií, ale také po blízkém okolí, kde můžeme nalézt mnoho odpovědí a dostatek příkladů. Tato práce bude vycházet a inspirovat se historickými, ale i současnými reformními kroky vybraných vyspělých zemí, z nichž budu čerpat návrhy pro efektivní financování českého zdravotnictví

**Prvotním cílem** práce bude **analýza současného stavu financování zdravotní péče** v České republice s následným porovnáním systému českého zdravotnictví se systémy financování zdravotnictví vybraných zemí. K dosažení tohoto cíle bude použita obecně teoretická metoda, především metoda analýzy a komparace.

**Dalším cílem** bude hledání v systémech zdravotnictví jednotlivých zemí podnětné **návrhy**, které by byly aplikovatelné **pro reformu zdravotnictví v ČR**.

Teoretická část druhé kapitoly se bude zabývat analýzou systému zdravotní péče v ČR. Budou zde definovány jednotlivé pojmy, vymezení veřejného zdravotnictví a charakteristika financování zdravotnictví v ČR.

Třetí kapitola bude zaměřena na financování zdravotní péče ve vybraných vyspělých zemích, zejména ve Francii, Německu a Rakousku. Následné odlišnosti, které vyplynou mezi

jednotlivými zdravotními systémy, budou uvedeny ve shrnovací tabulce, která bude přílohou této práce.

Praktická část čtvrté kapitoly, se bude zabývat porovnáním jednotlivých vybraných indikátorů zdravotnických systémů vybraných zemí a ČR, na základě dat z mezinárodních statistik OECD. Na základě tohoto srovnání uvedu návrhy, které by mohly být možností ke stabilizaci veřejného zdravotnictví v ČR. Návrhy budou směřovány především na hledání nových možností v oblasti příjmů. Jsem si plně vědoma toho, že se nelze zaměřit jen na hledání rezerv po příjmové stránce, ale mělo by se především uvažovat i o výdajové oblasti. Ve čtvrté kapitole navrhnou možnosti, které by zamezily zbytečnému plýtvání veřejnými penězi.

## 2 Systém zdravotní péče v České republice

### 2.1 Zdravotní péče

Zdravotní péče představuje **péči o zdraví** zahrnující veškeré s tímto související činnosti celé společnosti, kterými jsou **zejména posílení zdraví, zabránění a léčení již vzniklých onemocnění a snížení následků nemoci**. Zdravotní péče je zároveň péčí o zdraví, na které se podílí i zdravotnictví (poskytování zdravotnických služeb).

Zdravotní péči můžeme členit z hlediska ekonomické nákladovosti na **základní** a **specializovanou**. Podle typu specializace dělíme zdravotní péči na:

- a) **primární** zdravotní péči,
- b) specializovanou **sekundární** zdravotní péči,
- c) **terciární** zdravotní péči.

**Za základní péči** se považuje všeobecná, dostupná zdravotní péče na úrovni komunity. Tato péče je poskytována ambulantně nebo případně v domácím prostředí a zahrnuje péči praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost, základní gynekologickou péči a základní stomatologickou péči.

**Sekundární péči** se rozumí standardní specializované služby ambulantní a lůžkové poskytované na poliklinikách, v nemocnicích, léčebnách a jiných zařízeních.

**Terciární zdravotní péče** je tvořena vysoce specializovanými a technicky náročnými diagnosticko-léčebnými službami ve velkých nemocnicích.

Dále se zdravotní péče člení na **standardní** a **nadstandardní**. Primární a sekundární péče je poskytována jako péče standardní. Ovšem stanovení standardu je velmi obtížné. [2]

Nadstandardní péči definuje Durdisová (2005, s.26) jako „*takovou péči, při které se pacientovi na jeho přání poskytují výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné.*“ Z hlediska financování se jedná o služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Pacient si tyto služby hradí přímo nebo sjednaným připojištěním.

#### 2.1.1 Právní úprava zdravotní péče

Základním zákonem, jímž se řídí zdravotní péče je **Ústava ČR** (zákon č. 1/1993 Sb.). Součástí Ústavy ČR je Listina základních práv a svobod, která v č. 31 stanovuje: „*Každý má*

*právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“* Podmínky poskytování bezplatné zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění a jakákoliv jejich změna smí být provedena pouze **zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**. Podstatná změna tohoto zákona nastala v roce 2007, kdy byl **zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů** novelizován a s platností od 1. 1. 2008 byla zavedena spoluúčast pacienta na financování zdravotní péče. Tato spoluúčast byla zavedena spolu s ročním ochranným limitem pro regulační poplatky ve výši 5 000 Kč a 2 500 Kč (u dětí do 18 let a osob starších 65 let), dle §16b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

**Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.**, který byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v Československu, vymezoval povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a taktéž i zásady zdravotnické péče. Od roku 1966 až do roku 1990 nebyl ani jednou změněn. Od té doby byl upraven mnoha novelizacemi, např. novelou tohoto zákona z roku 1990, který zavedl v ČR svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Při zániku federace zůstal zákon platným jak v České republice, tak i na území Slovenské republiky. V ČR platil po řadě novelizací až do roku 2012, kdy 1. 4. 2012 pozbyl účinnosti. Zákon o zdraví lidu byl z pohledu 21. století již velmi zastaralý. Byl postaven na společenských standardech totalitní socialistické společnosti. **Nový zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.** definuje, na co má pacient nárok, v jaké kvalitě mu má být služba poskytnuta a především jaká sankce čeká poskytovatele, pokud pacienta poškodí.

Ochranu zdraví stát zabezpečuje na základě **zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví**.

Zákonům ČR je nadřazena mezinárodní smlouva vyhlášená Radou Evropy v roce 1997 pod stručným názvem **Úmluva o lidských právech a biomedicíně**. To znamená, že veškeré právní předpisy ČR musí být v souladu s tímto dokumentem. Tato úmluva nabyla platnosti 1. 10. 2001 a týká se práv osob, především práva na profesionální péči, práva na ochranu pacientovy svobody rozhodování a práva na soukromí. [5]

## 2.2 Veřejné zdravotnictví

**Zdravotnictví je soustava odborných zdravotnických institucí a činností**, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva.

### **Instituce a činnosti veřejného zdravotnictví jsou zejména:**

- a) orgány a instituce: ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny apod.,
- b) organizace a společnosti: lékařská komora, odborné lékařské společnosti,
- c) zdravotnická zařízení: nemocnice, ambulantní zařízení, léčebné ústavy atd.,
- d) pracovníky ve zdravotnictví: lékaři, zdravotní sestry, laboranti,
- e) služby a činnosti: léčebně-preventivní péče, hygienická služba, lékárenská služba, aj. [2]

#### **2.2.1 Definice veřejného zdravotnictví**

Jak uvádí Janečková a Hnilicová (2009, s.12-13). „ V roce 1920 definoval veřejné zdravotnictví jeden z nejvýznamnějších představitelů C .E. A. Winslow, jako umění a vědu o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnosti, pomocí organizovaného úsilí komunity, které spočívá v ochraně životního prostředí, kontrole přenosných nemocí, výchově lidí ke zdraví, organizování lékařských a ošetrovatelských služeb, zajištění včasné diagnostiky a preventivní léčby a rozvoji společenských mechanismů, které umožní každému členu komunity dosažení životní úrovně potřebné k udržení zdraví.“

#### **2.2.2 Vznik a vývoj veřejného zdravotnictví**

Veřejné zdravotnictví má za sebou dlouhý vývoj a v průběhu těchto let se název mnohokrát změnil, ovšem podstata veřejného zdravotnictví byla dodnes zachována.

Historikové spatřují počátky již v opatření proti šíření morových epidemií, které sahají až do 14. století. K rozmachu ovšem dochází ve vyspělých zemích mezi 18. - 19. stoletím, v době vzniku kapitalismu, průmyslové výroby a také stěhování obyvatelstva z venkova do velkých měst. V té době se vedl především zápas s ničivými epidemiemi infekčních onemocnění a hledaly se způsoby jejich potlačení.

V Anglii roku 1848 byl přijat první zdravotní **zákon** nazvaný **Public Health Act**, na jehož základě byl zřízen centrální státní zdravotní úřad. Hlavní prioritou tohoto úřadu, byla starost o prevenci nemocí. Jeho zásluhou došlo ke zlepšení hygienických podmínek v anglických městech.

Roku 1870 byl v Rakousku-Uhersku přijat **říšský zákon č. 68**, jímž vznikl vrchní dozor nad léčebnými ústavami, ale také nad orgány zdravotní služby. Také za první Československé republiky došlo k přenesení odpovědnosti za dodržování zdravotních nařízení z obcí na stát.

Zásadní vliv na rozvoj veřejného zdravotnictví v Čechách měli Max Von Pettenkoffer (1821- 1902) a Rudolf Virchow (1821-1902).

V průběhu 19. století si lékaři začali uvědomovat, že bez intervencí do životních podmínek není možné pozitivně ovlivnit zdraví lidí. Je to období mezi rokem 1883 - 1887, kdy Otto von Bismarck zavedl nemocenské, úrazové, důchodové a invalidní pojištění a kdy také Rakousko-Uhersko zavedlo zákony o nemocenském a sociálním pojištění.

### 2.2.3 Vývoj zdravotnictví v ČR

Za první republiky byl na našem území zaveden **model veřejného solidárního nemocenského pojištění**, který byl převzat po vzoru bismarckovského Německa, tzv. **bismarckovský model**. Tento systém nemocenského a úrazového pojištění však byl považován za nedostatečný a neúplný, jelikož se do tohoto pojištění zahrnovali pouze živnostníci a zaměstnanci pracující v továrnách, dolech nebo na železnicích. Lidé pracující v oboru zemědělství, lesnictví apod. byli z tohoto pojištění vyňati. Po stránce organizační bylo nemocenské pojištění rozděleno na 1500 menších nemocenských pokladen.

Právě díky této situaci, která nebyla optimální, začala vláda i levicově orientovaní lékaři v období druhé světové války pracovat na návrzích reformy zdravotnictví. Krátce po skončení 2. světové války byl zveřejněn Nedvědův plán, který měl řešit problém dostupnosti a nerovnosti v péči o zdraví a kvality zdravotní péče.

**V roce 1948** došlo k znárodnění nemocnic, lázní a farmaceutických závodů. Dřívější systém mnoha nemocenských pokladen byl od roku 1948 změněn a **vznikla jediná Ústřední národní pojišťovna**. Tato centralizace a řízený systém dosáhl v prvních desetiletích svého fungování značných úspěchů.

V roce 1951 byla převzata sovětská koncepce zdravotnictví. Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči definitivně přispěl k výrazným úspěchům československého zdravotnictví. Veškerou zdravotní péči hradil stát z prostředků státního rozpočtu. Instrukce zdravotních služeb byly soustředěny v ústavech národního zdraví, také došlo ke zřízení krajských ústavů národního zdraví (KÚNZ), jejichž úkolem bylo metodicky vést a kontrolovat ústavy národního zdraví. Taktéž krajské a fakultní nemocnice spadaly pod přímé řízení KÚNZ.

V této době bylo **ústředním orgánem státní správy Ministerstvo zdravotnictví**, na úrovni kraje, okresu a obcí pak příslušné národní výbory. Mezi kompetence Ministerstva zdravotnictví spadalo především plánování zdravotnické péče, výroba a distribuce léčiv a

taktéž odborná příprava lékařů i nelékařských pracovníků. Národní výbory měly podobné pravomoci, ale na nižší úrovni. Tento systém existoval do roku 1991.

Roku 1989, kdy došlo k politickým změnám, následovaly i změny v systému zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví připravilo novou koncepci, která byla na konci roku 1990 schválena. Základem při přípravě nového legislativního rámce systému zdravotnictví byl článek 31 Listiny základních práv a svobod, ústavního zákona č. 2/1993 Sb. Ústředním orgánem státní správy zůstalo Ministerstvo zdravotnictví. Ovšem **okresní národní výbory a krajské národní výbory byly nahrazeny okresními úřady a Ministerstvem zdravotnictví.** [5]

Financování zdravotnictví „sovětského“ neboli **Semaškova typu**, bylo nahrazeno evropským pluralitním systémem. Tento nový systém byl **definován zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.** Nemocenské pojištění bylo převedeno do správy Ministerstva práce a sociálních věcí. V roce 1992 **dle zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.** V následujícím roce vznikly **další zdravotní pojišťovny, podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.**

V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, na jehož základě byl zrušen zákon č. 550/1991 Sb., který upravuje podmínky, za kterých je poskytována bezplatná zdravotní péče a další pravidla, která směřují k regulaci celého zdravotnického systému. [2]

**Z důvodu zvýšení hospodárnosti a kvality zdravotní péče** je přijat po roce 2000 zákon č. 438/2004 Sb., kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon novelizuje výše uvedené zákony o zdravotních pojišťovnách a zdravotním pojištění.

V prvním desetiletí 21. století přinesla zdravotnická reforma, která byla součástí politického programu pravicově orientované vlády **zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů**, jehož součástí bylo též zavedení spoluúčasti pacientů na financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, tzv. **regulační poplatky**. Bohužel tato reforma byla pouze pokusem o stabilizaci veřejného rozpočtu. Avšak navzdory tomu regulační poplatky přinášejí další finanční zdroj do nemocnic, ambulancí a jiných zdravotnických zařízení. Regulační poplatky ovšem mohou vyvolat riziko toho, že dojde k porušení sociální solidarity, jelikož zatíží ty, kteří jsou chudí nebo nemocní. Další fází

zdravotnické reformy se stalo **od 1. 1. 2009 zahájení činnosti Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami**, který byl zřízen v průběhu roku 2008 na základě zvláštního zákona. Úřad vykonává dozor jak nad finančním zdravím pojišťoven, tak i nad plněním jejich povinností při zajištění zdravotní péče pro jejich pojištěnce.

V loňském **roce 2012** zažilo české zdravotnictví malou revoluci. **Nové reformní zákony přinesly změny**, které byly přirozeným důsledkem vývoje medicíny 21. století. Pacient je nově vnímán jako rovnocenný partner, a proto reforma zdravotnictví klade důraz nejen na ekonomickou stabilitu systému zdravotnictví, ale také zejména na posílení práv pacientů. Právě zákon o zdravotních službách, který nahrazuje zákon o zdraví lidu ze šedesátých let minulého století, zabezpečuje ve zdravotnictví všem pacientům silnější postavení, než měli doposud. Zaveden je také **nový systém platby pojišťoven nemocnicím**. Proto se nyní nemocnice musí více zajímat o spokojenost pacientů, protože je v jejich zájmu, aby si ji pojištěnci v případě potřeby znovu zvolili. **Od roku 2012** je dále možnost příplatku na **nákladnější variantu péče**. Pokud ji pacient nechce, dostane dosavadní péči z veřejného zdravotního pojištění. Změny se netýkají jen nových zákonů, ale také dalších kroků Ministerstva zdravotnictví ČR, jako je **transparentní financování** – zavedení systému, který bude hlídat náklady na nákup léků, zdravotnického materiálu a techniky. Efektivnější využití financí ze zdravotního pojištění zajistí **platba za diagnózu** a neméně zásadním opatřením je **zprůhlednění hospodaření nemocnic a ostatních zařízení řízených ministerstvem**, které vede k **omezení korupce**. [20]

Taktéž je důležité se zmínit o platbě za diagnózu (DRG - diagnosis related groups). Důvodem pro zavedení DRG byla potřeba rozčlenit hlavní činnost nemocnice do množství skupin příbuzných diagnóz, díky kterým se mohou nemocnice mezi sebou navzájem měřit a porovnávat, jelikož pacient je po přijetí zařazen do příslušné diagnostické skupiny, k níž je přiřazena cena péče. [7]

#### 2.2.4 Zdravotnické systémy

**Cílem** zdravotnických systémů **je zlepšovat zdraví**. Durdisová (2005, s.91) definuje systém zdravotnictví jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče*“.



Zdravotnické systémy lze podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely:

**a) zdravotní systémy založené na pojištění:**

- veřejné (povinné) zdravotní pojištění – **bismarckovský model zdravotnictví**,
- soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění – liberální model zdravotnictví - **tržní zdravotnictví**.

**b) státní zdravotnictví – národní zdravotní služba:**

Zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků a daní.

- Beveridgeův model,
- Semaškův model,
- USA. [38]

Čím se vlastně zdravotnické systémy od sebe liší? Hlavní odlišnosti spočívají v **rozdílné struktuře vlastnických vztahů, různém způsobu financování, různé míře státní regulace, rozdílných podmínkách přístupu pacientů ke zdravotní péči, rozdíly ve finanční spoluúčasti pacientů apod.** To, jaký zdravotnický systém má daná země v současnosti, je především dáno kulturně-historickým vývojem, vládnoucím politickým systémem a hospodářskou vyspělostí země. I když se zdravotnické systémy jednotlivých zemí liší, **existují určité společné prvky:**

- a) snaha o dostupnost zdravotní péče nezávisle na výši příjmů,
- b) současné využívání ziskových i neziskových institucí,
- c) primární péče je většinou poskytována soukromými praktickými lékaři,
- d) většinu zdrojů systému zajišťují pojišťovny a stát,
- e) existují problémy s růstem výdajů na zdravotnictví,
- f) existují snahy o regulaci ze strany státu. [10]

## 2.2.5 Zdravotnické systémy založené na pojištění

### 2.2.5.1 Bismarckovský model

Tento model je založen na myšlence všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena **z veřejného zdravotního pojištění**. Platí **princip solidarity**, kde každý občan přispívá do základního fondu zdravotní pojišťovny dle svých možností (určitým

procentem z vyměřovacího základu) a zdravotní péči čerpá podle svých potřeb. Do fondů zdravotního pojištění přispívají nejen občané, ale i zaměstnavatelé a stát.

Bismarckovský model byl uplatňován nejdříve v Německu, jehož **zakladatelem** se stal **Otto von Bismarck**, poté se rozšířil do Francie, Rakouska, Holandska, Belgie, Lucemburska a Švýcarska. Je zaveden **také v ČR**, na Slovensku nebo třeba i v Polsku. Bismarckovský model je historicky nejstarším zdravotnickým systémem. [7]

**Výhodami bismarckovského modelu** zdravotnictví jsou především: všeobecná dostupnost zdravotní péče, rovný přístup, jistota pojištěnce, že bude poskytnuta potřebná péče, vysoká kvalita péče, svobodný výběr a pluralita poskytovatelů zdravotní péče, spokojenost pacientů, výrazná decentralizace, významnou roli mají regionální orgány a poskytovatelé, méně pravomocí centrální vláda, povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit, ať je jeho zdravotní stav jakýkoliv.

Relativní **nevýhodou systému** je nákladnost provozu zdravotních pojišťoven a vysoké administrativní náklady, vysoká cena péče, velké administrativní náklady (provoz pojišťoven, IT technologie, velký počet administrativního personálu), složitost vztahů pacient – poskytovatel zdravotní péče – pojišťovna.

#### **2.2.5.2 Tržní zdravotnictví**

Zdravotnický systém založený na **individuální odpovědnosti občanů**. Liberální systém, známý také jako **americký systém**, je typem **nestátního pluralitního zdravotnictví**. **Stát negarantuje zdravotní péči** pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou **státních zdravotnických programů**, které se týkají důchodců nad 65 let a chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima a některých dalších skupin. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního zdravotního pojištění. **Veřejné zdravotní pojištění neexistuje**.

Liberální systém zdravotnictví nabízí širokou nabídku kvalitní péče, ke které přispívá i vysoce konkurenční prostředí. Tento systém je charakteristický používáním moderních technologií, které přináší poskytovatelům péče konkurenční výhodu. **Míra solidarity je nízká** a zdravotní péče nemusí být dostupná pro skupiny chudých obyvatel. **Stát jen omezeně podporuje prevenci**.

#### **Státní zdravotnické programy v USA**

Ze státních programů je hrazena téměř polovina veškeré zdravotní péče. Patří mezi ně:

#### **a) Medicare**

- důchodci, tělesně postižení,
- významná spoluúčast v ambulantní péči, stejné podmínky ve všech státech USA,
- nemožnost výběru.

#### **b) Medicaid**

- základní péče pro chudé,
- rozdíly mezi jednotlivými státy.

#### **c) Veterans Health Care Administration**

- pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, vysoké státní úředníky.

#### **d) Indian Health Care**

- pro původní americké obyvatele, Indiány a Eskymáky,
- zdravotní péče poskytována bezplatně.

#### **e) Neodkladná péče v ohrožení života**

- není bezplatná, musí být však vždy poskytnuta, a to bez ohledu na solventnost pacienta,
- různý rozsah, často kryje pouze hospitalizaci,
- zdravotní pojištění v plném rozsahu je velmi nákladné, mnoho lidí má sjednáno pouze částečné pojištění, pojistné podmínky jsou komplikované, často klientům ne zcela jasné.

**Výhodami tržního modelu** jsou především: vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojištění), více peněz pro vědu a medicínský výzkum, rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi, sledování kvality péče, tlak na její zvyšování, vysoké příjmy lékařů. Naopak **nevýhodami tržního zdravotnictví** je především sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče, jenom částečné pojištění, které v praxi nestačí na krytí nezbytné péče, nákladnost a vysoká cena. Náklady na zdravotnictví v USA jsou větší než 17 % HDP, poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním, soudní spory a vysoké administrativní náklady. [39]

## 2.2.6 Státní zdravotnictví

Zdravotnický systém, kdy je **zdravotnictví financováno z daní**, tedy prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotnictví je politicky determinováno – stát garantuje určitý balík služeb, vlastní většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnic. Jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví. Mezi znaky patří hlavně **dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům**. Soukromé připojištění není vyloučeno, ale má okrajový význam. Nabídka zdravotnických služeb je i v tomto systému dostatečná a zdravotní péče je dobře dostupná pro všechny. **Velký význam má primární péče** ve formě sítě rodinných lékařů. **Nevýhodou** tohoto systému jsou dlouhé čekací doby na plánované výkony. Jak zdravotníci, tak i pacienti nejsou dostatečně motivováni k individuální odpovědnosti za ekonomické chování a vlastní zdraví.

Podle existence (resp. neexistence) soukromého sektoru lze národní zdravotní službu rozdělit do **dvou modelů**.

### 2.2.6.1 Semaškův model

Jeho tvůrce, N. A. Semaško, byl prvním ministrem zdravotnictví v sovětském Rusku. Stal se spoluvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa. V našich zemích tento model fungoval jako tzv. „**socialistické zdravotnictví**“ až do 90. let 20. století a lze konstatovat, že se významně promítl do života několika generací československých občanů. Nyní lze tento model nalézt na Kubě.

### 2.2.6.2 Beveridgův model

Beveridgův model dostal své jméno podle Williama Beveridge, známého britského ekonoma a sociálního reformátora, který působil v období před druhou světovou válkou. Je považován za ideového autora systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii, a to včetně zajištění zdravotní péče. Jeho myšlenky byly využity v poválečném období jako základ sociální politiky a byly uplatněny zejména v zákoně o Národní zdravotní službě, který byl přijat v roce 1948.

Tento model využívá Velká Británie, Kanada, Nový Zéland, Austrálie, Švédsko, Norsko, Finsko, Dánsko, Španělsko, Portugalsko, Řecko, Itálie aj. Platí zde stejné principy jako u Semaškova modelu, **rozdíl oproti Semaškovu modelu**: soukromé zdravotní služby existují, mají však doplňkový charakter, obvykle tvoří 15 – 20 % zdravotní péče, jejich podíl

však roste, navíc lze uzavřít soukromé zdravotní pojištění. Určitá míra **spoluúčasti** však **existuje**. V současnosti je trend k decentralizaci rozhodování na regiony až obce. [5]

**Výhody toho modelu** jsou garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem, rovnost v přístupu k péči, všeobecná dostupnost základních služeb, úspornost, nižší celkové náklady, menší administrativní zatížení lékařů, snadnější makroekonomická regulace, stát poskytuje zaměstnání zdravotnickým pracovníkům. **Nevýhody** jsou ovšem dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony, omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení, různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů. [39]

### 2.2.7 Model zdravotní péče v České republice

V současnosti je zdravotní péče v ČR modelem **národního zdravotního pojištění**. Zdravotní péče je založena na zákonné povinnosti všech občanů ČR platit zdravotní pojištění, jako určitý podíl ze svého příjmu. Toto zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany bez výjimek a má spíše charakter **povinné zdravotní daně**. Za ty, kteří nejsou ekonomicky aktivní, hradí pojistné dle zákona stát. [5] Výše pojistného, které hradí stát je v roce 2013 částka ve výši **723 Kč** za pojištěnce. [34]

Téměř všechna zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami. Jedná se tedy o veřejné zdravotnictví, kde se čerpají prostředky z veřejných zdrojů na bezplatnou zdravotní péči občanů na základě zákona o zdravotním pojištění.

Součástí tohoto systému je i **soukromý sektor**, který poskytuje péči nikoliv na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ale za přímé platby pacientů. Soukromá zdravotnická zařízení, která stojí mimo veřejný sektor, jsou alternativní cestou pro nejbohatší vrstvy společnosti. Tento soukromý sektor však představuje pouze menší část objemu zdravotní péče v ČR.

V nynějším českém zdravotnictví jsou **zacomponovány liberální prvky** značně **decentralizovaného systému**. Avšak zůstává zachována významná úloha státu, která plyne z Ústavy ČR a Listiny základních práv a svobod. **Stát má** tedy **povinnost** vytvořit takové podmínky, aby každý **občan dostal kvalitní zdravotní péči** srovnatelně dostupnou z hlediska místa, času i ekonomické náročnosti.

Vláda se ke své zodpovědnosti přihlásila formou vládního programu, který navazuje na mezinárodní iniciativy WHO, a to usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002,

kterým byl schválen Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Zdraví pro všechny v 21. století.

## 2.2.8 Zdravotní politika a role státu

Péči o zdraví obyvatelstva stát realizuje prostřednictvím **zdravotní politiky**, která je součástí programů politických stran a promítá se do programových dokumentů vlád, vzešlých z parlamentních voleb.

Cíle zdravotní politiky jsou vyjádřeny ve vládních programech. K těmto dokumentům patří výše zmíněné Zdraví pro všechny v 21. století, Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, Národní program přípravy obyvatelstva na stárnutí na období let 2008 – 2012 a další.

### **K nástrojům zdravotní politiky patří:**

- a) legislativa a právní dokumenty,
- b) financování zdravotní péče,
- c) zdravotnické zařízení,
- d) vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- e) podpora vědy a výzkumu,
- f) léková politika – např. regulace cen léků.

## 2.2.9 Organizace péče o zdraví

Na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jsou v ČR tvořeny **sítě zdravotnických zařízení pro pojištěnce**. Zdravotní pojišťovny jsou odpovědné za dostupnost zdravotní péče. Ovšem zajistit péči o zdraví mají povinnost dle ústavních předpisů a mezinárodních úmluv i státní orgány.

### **2.2.9.1 Ministerstvo zdravotnictví ČR**

Ministerstvo zdravotnictví ČR má na starosti péči o zdraví v ČR, je tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky, **připravuje zákony a vyhlášky** a vypracovává cílené programy. Zodpovídá za bezpečné a kvalitní poskytování zdravotní péče, za kvalifikaci a odbornou kompetenci zdravotnických pracovníků. **Zřizuje Centrální etickou komisi MZ ČR** a řeší stížnosti a podněty občanů v oblasti zdravotní péče. Taktéž řídí velké fakultní

nemocnice, hygienické stanice, výzkumné ústavy a vzdělávací instituce. Spolupracuje s mezinárodními organizacemi, jako např. WHO.

**Na úrovni krajů spočívá výkon veřejné správy** především na zdravotnických odborech krajských úřadů a na krajských hygienických stanicích.

### 2.2.9.2 Krajské úřady

Zdravotnická zařízení se registrují na příslušném krajském úřadě. Krajské úřady taktéž organizují **výběrová řízení** na poskytování zdravotní péče. **Zřizují zařízení zdravotnické záchranné služby** a nesou **zodpovědnost za organizaci** a zajištění její činnosti. Po roce 2003, kdy došlo ke zrušení okresů, byla řídicí funkce nemocnic přenesena na krajské úřady. Mnohé z těchto nemocnic byly privatizovány formou akciových společností.

### 2.2.9.3 Krajské zdravotnické ústavy

Jsou organizačními složkami státu, které řídí přímo ministerstvo zdravotnictví. Jejich funkce spočívá ve **výkonu státní správy v oblasti ochrany veřejného zdraví**, vyhodnocují a kontrolují existující rizika v životním a pracovním prostředí a chrání obyvatelstvo před infekčními nákazami a dalšími životními riziky. [5]

### 2.2.9.4 Světová zdravotnická organizace (WHO)

Světová zdravotnická organizace v anglickém znění World Health Organisation (WHO), byla založena Spojenými národy 7. dubna 1948. Tento den se na celém světě slaví jako Světový den zdraví. Centrála této organizace se nalézá v Ženevě, Švýcarsko.

Stanovy světové zdravotnické organizace deklarují, že jejím **úkolem je dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví všemi lidmi**.

Světová zdravotnická organizace podporuje mezinárodní technickou spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života. **Cílem činnosti je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny**. Řídícím orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění složené ze 192 členských států, které se schází 1x ročně. Rozhodnutí a strategie realizuje výkonná rada, kterou tvoří 32 zdravotnických expertů jmenovaných vládami a schází se dvakrát za rok.

### **Hlavní strategické cíle:**

- a) omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení u chudých a sociálně slabých skupin populace,
- b) podpora zdravé životosprávy a omezení zdravotních rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek,
- c) rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné,
- d) rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií. [34]

## **2.3 Financování zdravotnictví České republiky**

Jak uvádí Barták (2010, s.81) „*V rámci financování péče o zdraví jsou řešeny otázky, jakým způsobem jsou tvořeny, alokovány a spotřebovávány finanční prostředky. Zvažujeme, jak a odkud získat dostatečné finanční prostředky, jak překonat finanční bariéry v přístupu péči o zdraví a/nebo jak zajistit spravedlivý a ekonomický efektivní systém zdravotnických služeb.*“

### **Mezi základní funkce financování péče o zdraví patří:**

#### **a) výběr prostředků**

- příspěvky na veřejné zdravotní pojištění,
- příspěvky na soukromé připojištění,
- výběr daní a poplatků,
- přímé platby,
- spoluúčast.

#### **b) řízení rizika**

- rozdělení rizika souvisejícího s náklady poskytované zdravotní péče.

#### **c) nakupování péče o zdraví**

- nákup péče u poskytovatelů prostřednictvím ZP,
- nákup péče u poskytovatelů prostřednictvím státních institucí apod.



**d) poskytování zdravotnických služeb**

- ve vlastním systému zdravotnických zařízení,
- ve smluvních zařízeních v tuzemsku nebo zahraničí. [1]

### 2.3.1 Právní rámec financování zdravotnictví

Podmínky poskytování a způsob financování zdravotní péče v ČR definují v současnosti tyto zákony:

- a) **zákon č. 551/1991 Sb.**, o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR,
- b) **zákon č. 280/1992 Sb.**, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- c) **zákon č. 592/1992 Sb.**, o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- d) **zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění,
- e) **zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách.

### 2.3.2 Zdroje financování péče o zdraví

Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je financování **zdravotní péče v ČR** založeno na **principu solidarity**, kdy prostřednictvím zdravotního a sociálního pojištění lidé, kteří pracují, jsou zdraví a s vlastními příjmy vytvářejí finanční zdroje pro případ nemoci, úrazu nebo třeba zdravotního postižení. V ČR je převážná část výdajů na zdravotnictví **hrazena z veřejného zdravotního pojištění**.

**Financování českého zdravotnictví je realizováno z více zdrojů, kterými jsou:**

- a) všeobecné zdravotní pojištění,
- b) státní rozpočet a rozpočty územních orgánů,
- c) finanční spoluúčast pacientů a přímé úhrady,
- d) soukromé pojištění,
- e) evropské fondy,
- f) další zdroje (sponzorské dary, nadace apod.). [10]

### 2.3.3 Všeobecné zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je založeno na činnosti zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem je vybírat pojistné od plátců a těmito získanými finančními prostředky zaplatit zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou pojištěncům.

Podstatný rozdíl mezi komerčním pojištěním a zdravotním pojištěním spočívá ve skutečnosti, že komerční pojištění je uzavíráno na principu dobrovolnosti, zatímco účast na **zdravotním pojištění je povinné a vzniká na základě § 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**, a to zejména pokud:

- a) osoba má trvalý pobyt na území ČR,
- b) osoba je zaměstnancem u zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR,
- c) osoba je příslušníkem rodiny občana EU, který zde pracuje,
- d) osoba je čekatelem na azyl nebo jí byl azyl udělen.

**Každý občan je zákonně zdravotně pojištěn** u Všeobecné zdravotní pojišťovny nebo u některé zaměstnanecké pojišťovny, kterou si sám vybere.

Systém veřejného zdravotního pojištění je založen na **principu solidarity**. Plátcí zdravotní pojištění přispívají rozdílnými částkami, přičemž výši pojistného a způsob jeho placení stanoví zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a přitom všichni pojištěnci mají garantováno rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče. [10]

**Za ty, kteří nepracují, platí pojistné stát.** Jedná se zejména o děti, studenty, důchodce, matky na rodičovské dovolené apod., definované v § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Systém veřejného zdravotního pojištění v ČR musí být zároveň v souladu s právními předpisy platnými v Evropské Unii. Je to z toho důvodu, že vzniká potřeba zabezpečit proplacení zdravotní péče poskytnuté občanovi na území cizího státu. Úhradu za lékařskou péči, poskytnutou v cizině, provede zdravotní pojišťovna občana v jeho mateřské zemi. Pro tento účel působí, tzv. Centrum mezinárodních úhrad, jehož prostřednictvím probíhá veškerý platební a zúčtovací styk.

Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče (akutní, nutné, základní a následné) svým pojištěncům. Tato povinnost je plněna prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými na základě výběrového řízení uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Stanou se tzv. smluvním zdravotním zařízením. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí zdravotní péče, která je nutná a neodkladná. Ve lhůtách, které jsou zakotveny v těchto smlouvách, jsou pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů ČR (NKÚ). [5]

**Občan si může zvolit pojišťovnu**, ke které se přihlásí, pokud tak neučiní, stává se automaticky pojištěncem VZP. Nezletilým a osobám bez způsobilosti k právním úkonům volí

zdravotní pojišťovnu jejich rodiče, jejich zákonný zástupce nebo opatrovník. Po narození se děti stávají automaticky pojištěnci matčiny zdravotní pojišťovny. [10]

Od prvního prosince roku 2012 platí, že zdravotní pojišťovnu mohou občané změnit jednou za 12 měsíců, ale pouze k 1. lednu kalendářního roku. Přihlášku navíc musí podat pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným datem změny. [36]

Platba pojistného je odváděna do fondu zdravotního pojištění, který se soustřeďuje na zvláštním účtu VZP ČR. Tento fond dle § 20 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění povinně spravuje VZP ČR a vede ho odděleně od ostatních svých účtů a fondů. Vyhláškou č. 644/2004 Sb., jsou upravena pravidla pro hospodaření se zvláštním účtem VZP ČR.

Aby výběr pojistného byl spravedlivý a nedocházelo k zvýhodnění určitých pojišťoven, dochází k **přerozdělování pojistného** na zdravotní pojištění. Přerozdělování zajišťuje VZP ČR pomocí zvláštního účtu zdravotního pojištění. Předmětem přerozdělování je dle zákona č. 117/2006 Sb. zavedeno 100 % přerozdělování v plné míře od 1. 4. 2006. Kritérium přerozdělování je počet všech pojištěnců podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví **36 nákladových indexů a** podle počtu **nákladných pojištěnců** ve smyslu zákona – „nákladná péče“ (fond sdílení rizika). [37]

#### **Plátcí pojistného jsou:**

**a) pojištěnci** dle § 5,6 zákona č. 48/1997 Sb. jsou:

- zaměstnanci,
- osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ),
- osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP),
- zaměstnavatelé.

**a) stát**

Podle § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, je stát plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu za nezaopatřené děti, za příjemce rodičovského příspěvku, za poživatele důchodu apod. Výše pojistného, jenž platí stát, je fixní částkou, která v roce 2013 činí 723 Kč za pojištěnce.

#### **2.3.3.1 Pojistné za zaměstnance a zaměstnavatele**

Rozhodným obdobím pro vyměření pojistného je **kalendářní měsíc**, dle § 4 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Vyměřovacím základem se podle § 3 zákona č. 592/1992 Sb., rozumí **úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob** podle zákona o daních z příjmů (§ 6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů) a nejsou od této daně osvobozeny a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním.

Jak je ustanoveno v § 2 zákona č. 592/1992 Sb. *„Výše pojistného činí **13,5 %** z vyměřovacího základu za rozhodné období.“*

U zaměstnanců odvádí zaměstnavatel část pojistného, kterou je povinen hradit za své zaměstnance. Taktéž současně odvádí i část pojistného, kterou je povinen hradit zaměstnanec, a to srážkou ze mzdy i bez souhlasu zaměstnance, jak uvádí § 5 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Pro zaměstnance je vyměřovacím základem hrubá mzda, z níž **pojistné hradí z jedné třetiny zaměstnanec (4,5 %) a ze dvou třetin zaměstnavatel (9 %)**. U zaměstnance, u něhož je příjem započitatelný do vyměřovacího základu nižší než **minimální mzda = minimální vyměřovací základ, tedy 8 000 Kč** (minimální mzda je stanovena v § 111 odst. 2 zákoníku práce) je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů, dle § 3 odst. 10 zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Dle § 3 odst. 15 zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění je stanoveno, že *„maximálním vyměřovacím základem zaměstnance je částka ve výši sedmdesátidvounásobku průměrné mzdy.“*

Od roku 2012, dle § 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění platí, že odvodu pojistného podléhají také **dohody o provedení práce**, které budou znít na odměnu vyšší než 10 000 Kč.

#### **2.3.3.2 Pojistné za OSVČ**

Stejně jako zaměstnanci, tak také osoby samostatně výdělečně činné jsou povinny se účastnit zdravotního pojištění. Osoby samostatně výdělečně činné **platí pojistné formou záloh a doplatku**. (§ 7 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění)

Rokem 2012 nastala změna ve splatnosti doplatku. Před rokem 2012 byla splatnost doplatku do 8 dnů od podání daňového přiznání, nově je **splatnost doplatku do 8 dnů od podání přehledu o příjmech a výdajích**, jak je uvedeno v § 8 odst. 5 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

OSVČ, která zahájila podnikání, v **prvním roce** platí měsíční zálohy na **pojistné v minimální výši**, pokud si sama nestanoví zálohy vyšší. V **následujících letech** podnikání si výši zálohy na **pojistné stanoví z vyměřovacího základu** dosaženého v předcházejícím roce. Zálohy se vypočítají až při podání přehledu o příjmech a výdajích. (§ 8 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění)

Na základě § 3a zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění se **vyměřovacím základem** rozumí **50 % z příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti** po odpočtu výdajů, vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení.

Podle nového § 3d zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který se týká **maximálního vyměřovacího základu** (pro OSVČ i pro zaměstnance) se ustanovení nepoužijí pro rozhodná období, která nastala v letech 2013 až 2015.

Maximální vyměřovací základ představuje u obou skupin plátců **72-násobek průměrné mzdy**, který však zůstává platný pro příjmy za rok 2012.

Maximální vyměřovací základ **v roce 2012 činil 1 809 864 Kč, maximální záloha na pojistné 20 361 Kč**. OSVČ budou maximální zálohy platit naposledy za kalendářní měsíc předcházející kalendářnímu měsíci, ve kterém podají nebo by měly podat přehled o příjmech a výdajích za rok 2012. Poté budou platit pojistné vypočtené dle svých skutečných příjmů, tzn. bez omezení horní hranic.

**Minimální vyměřovací základ**, ze kterého je odvozena **minimální záloha**, činí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy. Na základě propočtu podle Nařízení vlády č. 324/2012 Sb., činí pro rok 2013 **průměrná měsíční mzda 25 884 Kč**. Minimální měsíční vyměřovací základ roku 2013 je ve výši 12 942 Kč. Z toho je **minimální měsíční záloha na pojistné rovna částce 1 748 Kč**. [31]

**Minimální vyměřovací základ nemusí být** u OSVČ dle § 3a odst.3 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění **dodržen**, pokud byla OSVČ osobou, za kterou platí pojistné také stát, osobou, která celodenně, osobně a řádně pečuje alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku nebo osobou, která byla současně vedle samostatné výdělečné činnosti zaměstnancem a odváděla pojistné z tohoto zaměstnání, vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu, stanoveného pro zaměstnance apod.

**Tyto skutečnosti musejí trvat po celý rok**. Pokud trvají po část roku, sníží se minimální vyměřovací základ o poměrnou část. **Minimální vyměřovací základ se ještě může snížit na poměrnou část, která odpovídá počtu kalendářních měsíců**, po které osoba

samostatně výdělečně činná nevykonávala samostatnou výdělečnou činnost ani jeden den a nebo pokud byla uznána práce neschopnou a měla nárok na nemocenské po celý měsíc, jak je uvedeno v § 3a odst.4 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

### 2.3.3.3 Pojistné za OBZP

Na základě § 3b zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění je za **osobu bez zdanitelných příjmů** považován **pojištěnec, který má trvalý pobyt v ČR a za kterého není po celý kalendářní měsíc plátcem pojistného zaměstnavatel, stát a ani pojištěnec sám není plátcem pojistného jako OSVČ**. Důležitá je přitom podmínka celého měsíce. Jestliže by byl pojištěnec alespoň jeden den v měsíci zaměstnán nebo byl veden jako OSVČ, případně jako osoba za kterou platí pojistné stát, nemůže být v tomto měsíci osobou bez zdanitelných příjmů.

U těchto osob je **vyměřovací základ ve výši minimální mzdy**, tedy 8 000 Kč a měsíční **výše zálohy pojistného činí 1 080 Kč**. (§ 3b zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění)

Příloha č. 1 obsahuje tabulkově zpracovaný přehled plateb na zdravotní pojištění v ČR za období 2012 - 2013 u jednotlivých plátců pojištění.

### 2.3.4 Státní rozpočet a rozpočty územních orgánů

Jak uvádí Šlais (2010, s.29) „*Prostředky ze státního rozpočtu podléhají financování zdravotnických institucí, které jsou přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví. Jsou to především finanční investice vkládané do těchto institucí, kterými jsou **Fakultní nemocnice, Krajské zdravotnické úřady, Výzkumné ústavy (hematologické, onkologické apod.)**. Vedle zdravotnických služeb **Ministerstvo zdravotnictví přímo řídí a financuje odborné zdravotnické školy a resortní výzkumné ústavy**. Zdrojem **financí pro zdravotnictví** jsou dále **místní rozpočty krajských úřadů a obcí**. Mimo krajem zřizovaných nemocnic krajské úřady přímo řídí a financují okresní hygienické stanice a léčebny pro dlouhodobě nemocné.*“

### 2.3.5 Finanční spoluúčast pacientů a přímé úhrady

Poskytování zdravotní péče za **plnou nebo částečnou úhradu** upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jestliže bude péče hrazena zcela plně nebo jen částečně, závisí na zdravotním stavu pacienta a objemu dostupných finančních prostředků.

**Spoluúčast** je uplatňována při úhradách vybraných léků, některých stomatologických zákroků, výkonů nehrazených ze všeobecného zdravotního pojištění a zdravotnických pomůcek. Mezi soukromé výdaje jsou započítávány i výdaje na volně prodejné léky. Mezi další soukromé výdaje se řadí i výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců či soukromé zdravotní pojištění.

### 2.3.6 Soukromé pojištění

Soukromé zdravotní pojištění je nadstandardem k jeho státní verzi. Vedle zákonného zdravotního pojištění mohou zdravotní pojišťovny nabízet i smluvní zdravotní pojištění, které je zakotveno v § 54 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Díky němu si pojištěnci mohou dovolit nadstandardní zdravotní péči, připojištění při cestách do zahraničí nebo zákroky, na které se všeobecné zdravotní pojištění nevztahuje.

Soukromé nemocenské pojištění je opět nadstandardem ke státnímu nemocenskému pojištění, které během pracovní neschopnosti nebo pobytu v nemocnici dorovná měsíční příjem pojištěného. [10]

### 3 Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích

Při financování zdravotní péče ve vyspělých společnostech mohou nastat **rozdíly**, avšak tradičně jsou ve hře 3 subjekty, kdy každý subjekt má **při zajišťování zdravotní péče** své povinnosti, zájmy a potřeby.

**Těmito subjekty jsou:**

- a) **uživatelé** zdravotní péče, tedy pacienti,
- b) **poskytovatelé** zdravotní péče,
- c) **plátcí** zdravotní péče.

**Pacienti** svěřují své finanční prostředky státu nebo zdravotním pojišťovnám a očekávají, že dostanou adekvátní zdravotní péči, ale i přívětivé zacházení bez nároků na svou další spoluúčast.

**Plátcí** potřebují zase poskytovatele péče, kteří mají příslušné dovednosti k léčení pacientů, materiální zdroje potřebné k léčbě (jako jsou např. nemocnice, technologie, léčiva) a především dostatečné finanční zdroje, aby péči mohli zaplatit.

**Poskytovatelé** žádají přiměřenou odměnu za svou práci a důstojné podmínky pro výkon práce.

Existuje několik základních způsobů, kterými zdravotní pojišťovny, coby plátcí zdravotní péče, hradí poskytovatelům zdravotní péči.

**V ambulantních službách se uplatňuje:**

**a) kapitace**

- jedná se o paušální příspěvek na každého zaregistrovaného pacienta.

**b) za provedené výkony**

- jedná se o výkonný způsob úhrady, který nalezneme u ambulantních specialistů, kteří vykazují výkony zdravotním pojišťovnám.

**c) kombinace obou**

- u praktických lékařů jsou asi 2/3 péče hrazeny kapítací a v 1/3 jsou propláceny výkony (např. očkování, preventivní prohlídky).



V některých zemích **platí pacient** za péči ambulantních specialistů **v hotovosti** přímo v ordinaci a takto zaplacenou částku pak vyúčtuje své zdravotní pojišťovně, která mu uhradí 70 – 75 % zaplacené částky. Jedná se o **tzv. pokladenský systém**, který funguje především ve Francii.

**U akutní, plánované nebo dlouhodobé lůžkové zdravotní péče může pojišťovna hradit takto:**

**a) formou rozpočtu**

- objem poskytnutých finančních prostředků se odvíjí od kalkulace dle předchozích rozpočtových období.

**b) platbou za diagnózu (DRG)**

- každý pacient po přijetí je zařazen do určité diagnostické skupiny, k níž je přiřazena cena péče.

**c) platbou za nakoupené plánované výkony**

- např. implantace umělých kyčelních kloubů, za balíčky služeb nebo za plánovaný počet odléčených náročných pacientů ve specializovaných centrech.

**d) platbou za lůžkoden**

- platba pacientem za počet dnů, kdy je lůžko obsazeno.

Prakticky ve všech zemích EU již **veřejné zdroje**, ať již z daní nebo z veřejného zdravotního pojištění, **nestačí na pokrytí všech výdajů na zdravotní péči**, a proto se zavedla tzv. **spoluúčast**. Pacient se podílí formou finanční spoluúčasti a platí navíc určitou částku hotově nebo ze soukromého pojištění. Výše spoluúčasti je v každé zemi jiná a odlišné jsou i limity, které se ke spoluúčasti vztahují. **Jedná se o spoluúčast formou:**

**a) doplatků**

- částky nad rámec základní a nezbytné zdravotní péče, materiál, léky apod., které jsou zčásti hrazené ze zdravotního pojištění.

#### **b) regulačních poplatků**

- poplatky za návštěvu lékaře, při které bylo provedeno vyšetření, za vydání léku předepsaného na recept, za každý den lůžkové zdravotní péče apod.

#### **c) plateb za nehrazenou a nadstandardní péči**

- platby za estetickou chirurgii, platby za vyšší komfort při poskytování zdravotní péče atd. [5]

### **3.1 Francie**

Kontinentální Francie svou rozlohou 674 843 km<sup>2</sup> zaujala místo největší země západní Evropy. V mnoha ohledech, zejména v kultuře, ovlivňovala celý kontinent a díky postavení koloniální velmoci, také téměř celý svět. [40] Počet obyvatel Francie včetně zámořských území dosáhl dle nejnovějších statistických údajů, které připravila INSEE (francouzský statistický úřad) k 1. 1. 2013 okolo 65,8 milionů obyvatel, což ji řadí na 21. místo ve světě. [19]

#### **3.1.1 Systém zdravotní péče ve Francii**

Francouzský systém zdravotní péče je založen na bismarckovském modelu. Zdravotnictví stojí na **základních principech**, a to na **všeobecném zdravotním pojištění** a svobodné volbě zdravotní péče bez doporučení lékaře. [5]

Princip svobodné volby zdravotní péče spočívá ve volném rozhodování pacienta navštívit specialistu nebo nemocnici bez doporučení svého lékaře.

**Hlavní úlohu ve správě** a řízení zdravotnického systému **zaujímá stát**. Ten zajišťuje veřejný zájem a podporu zdravotního stavu obyvatel. Národní vláda zodpovídá za regulaci financování, za kvalitu a kvantitu vzdělání zdravotnických pracovníků, tak i kvalitu zdravotnických služeb. [10]

**Zdravotní péče se ve Francii financuje z více zdrojů**, a to ze zdravotního pojištění, spoluúčastí pacienta, z prostředků vzájemných pojišťoven (Mutuelles), z místních a státních rozpočtů a z dalších zdrojů. [3]

#### **3.1.2 Zdravotní pojišťovny ve Francii**

Výkonnou institucí pro správu systému národního povinného zdravotního pojištění je **Národní zdravotní pojišťovna**, která má ve Francii 16 regionálních a 128 primárních pokladen. [11]

Pojištěnci Národní zdravotní pojišťovny jsou především zaměstnanci a rodinní příslušníci, což činí 85 % tamní populace. Mimo Národní zdravotní pojišťovnu jsou zřízeny i specializované pojišťovny, např. zdravotní pojišťovna pro zemědělce nebo pro nezávislé profesionály.

Národní zdravotní pojišťovna především hradí zdravotní péči, ale mezi její hlavní úkoly patří také dozor nad kvalitou péče a fungováním celého systému i snaha snížit celkové výdaje ve zdravotnictví.

Speciálním úkolem **regionálních zdravotních pojišťoven** je naopak prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání a dohled nad nabídkou nemocniční zdravotní péče v regionu.

**Místní zdravotní pojišťovny** stejně jako regionální zdravotní pojišťovny patří mezi soukromoprávní subjekty. Jejich úkolem je především registrace nových pojištěnců do všeobecného zdravotního systému, proplácení výloh na zdravotní péči a nemocenských dávek pojištěncům, organizace a financování preventivních programů a spolupráce s lékaři.

**Výběr zdravotních pojišťoven se řídí podle povolání a také podle bydliště.** Lidé si tak nemohou vybírat, u které z pojišťoven se nechají pojistit. [10]

### 3.1.3 Zdravotní pojištění

Výše příspěvku na **povinné všeobecné zdravotní pojištění u zaměstnanců** se odvozuje **od výše jejich platu**. Zaměstnanec v roce 2012 odvedl 0,75 % a zaměstnavatel 12,8 % z jeho hrubé mzdy. [25]

Francie, stejně jako v jiných zemích, má stanovené určité limity pro platbu pojistného. Jedná se například o **osvobození od platby zdravotního pojištění**, a to za předpokladu, že člověk je svobodný a jeho příjem nedosahuje 6 600 EUR.

**Základní univerzální zdravotní pojištění** vzniklo v roce 1999 v rámci boje proti chudobě. Je to povinné zdravotní pojištění, jehož hlavním úkolem je zpřístupnění zdravotní péče pro nejchudší obyvatele. Univerzální pojištění tak zpřístupňuje zdravotní péči lidem, kteří **nespadají do žádného z režimů sociálního zabezpečení** na základě profese, stejně jako jejich rodinám. Do tohoto režimu jsou zařazeni dle trvalého anebo pravidelného pobytu na území Francie. Pojištěnci nemusí platit žádné zdravotní pojištění, pokud jejich příjem

nepřesáhne určitou roční hranici. V roce 2011 činila tato hranice 9 029 EUR na domácnost za rok. Ti, jejichž příjmy přesahují daný limit, odvádí na zdravotní pojištění 8 % z příjmu, ale pouze z části příjmu, která přesáhne stanovený limit. [9]

### 3.1.4 Primární, sekundární a terciární zdravotní péče ve Francii

**Úhrada péče soukromým lékařům** je uskutečněna dle **platby za výkon**. Lékařské výkony jsou propláceny v závislosti na sektoru, ve kterém daný lékař působí. Soukromí praktičtí lékaři jsou nejvýznamnějšími poskytovateli ambulantní a domácí zdravotní péče. **Pacient hradí výkony v hotovosti** a zdravotní pojišťovna mu je následně proplatí, avšak pouze 70 - 75 % vynaložených nákladů.

**Francouzské lékaře můžeme rozdělit do dvou skupin:**

**a) První skupinou** jsou lékaři, kteří **dodržují všeobecné stanovené limity cen zdravotní péče**, tedy jsou platově ohodnoceni dle sazebníku a nesmí svým pacientům účtovat žádné další položky. Těmto lékařům stát garantuje určité vládní úlevy např. ve formě bezplatného zdravotního pojištění.

**b) Druhou skupinu** tvoří lékaři, kteří **za poskytnutou zdravotní péči požadují poplatky vyšší**, ovšem státní výhody nemají.

Tito lékaři musí své ceny vyvěsit na viditelném místě. Nedodržení tohoto zákonem stanoveného ustanovení je možné pokutovat až do výše 3000 EUR. [22]

V tabulce 3.1 jsou znázorněny ceny ošetření ve Francii, které jsou platné pro rok 2011, jelikož novější data nejsou zatím publikována. Tato tabulka je členěna podle dvou skupin lékařů. Prvním typem lékařů jsou lékaři, jenž poskytují zdravotní péči dle stanovených limitů. Tato skupina lékařů je dále rozčleněna podle typu lékaře a také podle typu poskytované zdravotní péče spolu s cenou tohoto ošetření. Druhá skupina lékařů jsou ti, kteří požadují poplatky nad stanovený limit. Členění je opět podle typu lékaře a péče s cenou tohoto ošetření.

Míra spoluúčastí francouzských pacientů je 30 % za konzultaci a u lékaře s doporučením. Spoluúčast 70 % je placena za konzultaci u nekoordinované zdravotní péče. Do této výše je započítán i regulační poplatek ve výši 1 EURO.

Tab. 3.1 Cena ošetření ve Francii v roce 2011

Typ lékaře	Typ péče	Cena ošetření
<b>Lékaři dodržující stanovené limity cen zdravotní péče</b>		
Praktický lékař	Vyšetření/ důsledné vyšetření	22 EUR / 26 EUR
Specialista	konzultace s doporučením	28 EUR
Specialista	návštěva doma	50 EUR
<b>Lékaři, kteří požadují poplatky za zdravotní péči vyšší</b>		
Praktický lékař	vyšetření	23 – 25 EUR (Toto je pouze spodní hranice, cenu ošetření si zvolí lékař sám)
Specialista	konzultace	Zvolí lékař

Zdroj: [9], vlastní zpracování

Oficiální cena za základní vyšetření praktickým lékařem, jenž patří do první skupiny, pro rok 2011 činilo 22 EUR, za důkladné vyšetření pak 26 EUR a za vyšetření u specialisty od 23 do 25 EUR. U zubního lékaře pacienti platí 70 % z ceny ošetření. Na vyšší krytí si mohou občané Francie uzavřít doplňkové zdravotní pojištění. [22]

**Nemocniční péči** poskytují ve Francii veřejné nemocnice, které tvoří bezmála čtvrtinu z celkového počtu a soukromé nemocnice, které mohou být ziskového či neziskového typu. Mezi **výnosy nemocnic** patří především denní sazby účtované pacientům za jejich pobyt v nemocnici, platby za konzultace, které jsou „nad rámec“, ale také za prodej léků, které jsou vyhrazeny pouze k nemocniční distribuci. **Pacienti platí** za pobyt v nemocnici paušální sazbu, která je hrazena z povinného zdravotního pojištění a v roce 2011 činila 16 EUR / den. **Ostatní náklady** na poskytnutou zdravotní péči ve veřejných nemocnicích hradí pojišťovna ve výši 80 %.

**Soukromé ziskové nemocnice** jsou financovány z fixních plateb na den. Soukromé neziskové nemocnice se ovšem mohou také účastnit na veřejných nemocničních službách, ale pak jsou placeny jako veřejné nemocnice. Pokud se neúčastní, mají možnost si vybrat platby formou buď rozpočtů nebo formou sazeb za den a k tomu navíc speciální tarify. [10]

### 3.1.5 Spoluúčast pacienta

Mezi hlavní principy francouzského systému je **spoluúčast pacienta**. Smyslem spoluúčasti je potřeba převést na pacienta zodpovědnost za spotřebu zdravotní péče. Pacient tak zaplatí poskytovateli za jeho ošetření celkovou částku a následně obdrží část výdajů vynaložených na zdravotní péči zpět od své zdravotní pojišťovny. Částky, které hradí pacient jsou dány buďto procentuálně dle sazebníku, anebo podle smluvních cen. V roce 2011 činila spoluúčast např. 30 % u ambulantního ošetření, 20 % u ústavní léčby a na ceně léků se pacient podílel od 0 % až do 85 % podle druhu léčiva. Existují ovšem i **výjimky, kdy pojišťovna zaplatí plnou výši nákladů**, a to u osob, které trpí některou z předem definovaných chronických nemocí, u těhotných žen apod.

Mimo spoluúčasti jsou pacienti ve Francii povinni platit i **regulační poplatek ve výši 1 EUR**, který je zaveden od 1. ledna 2005. Tento poplatek se platí za každou návštěvu lékaře, jak všeobecného, tak i specialisty. Tento poplatek se nevztahuje na návštěvu u stomatologa.

### 3.1.6 Soukromé zdravotní pojištění ve Francii

Francouzský systém zdravotní péče patří k systémům s vysokou spoluúčastí pacienta, kde **zákonné zdravotní pojištění nehradí veškeré výlohy na péči a léky**, ale zpravidla pouze kolem 70 - 75 %. Zbýlých 30 - 25 % lze získat, pokud se připojistí u tzv. mutuelle. Proto si mnoho Francouzů uzavírá právě zmiňované **doplňkové zdravotní pojištění** u některé z celé řady soukromých pojišťovacích institucí. V případě, že pacient má sjednáno toto připojištění, jsou náklady kryty v plné výši. Výše příspěvku doplňkového zdravotního pojištění činí kolem 2,5 % z výše platu. [9]

### 3.1.7 Výdaje na zdravotnictví

Podíl zdravotnictví v roce 2010 na **HDP dosáhl 12,1 %**, což představuje částku 234,1 miliard EUR. Tato částka zahrnuje ústavní péči o invalidní a staré pacienty, domácí péči, prevence atd. Všeobecným zdravotním pojištěním jsou financovány  $\frac{3}{4}$  všech výdajů, 13,5 % připojištěním a 9,4 % představovaly přímé platby pacientů. **Přímé výdaje za zdravotní péči dosáhly 175 miliard EUR**. Z toho nemocniční péče přišla na 81,2 mld. EUR (46,4 %), ambulantní péče 44 mld. (25,1 %) a výdaje za léky 34,4 mld. EUR (19,7 %). Veřejné nemocnice spotřebovaly 61,8 mld., 19,5 mld. stála péče v soukromých zařízeních. Srovnání výdajů za generickou proskripci (na lékařském předpisu nejsou konkrétní názvy léků, ale

pouze názvy účinných látek. Lékárník sám vybere lék podle účinné látky.) ve Francii bylo 13,3 % oproti 24 % v Německu. [23]

## 3.2 Německo

Středoevropské Německo zaujímá rozlohou 357 121 km<sup>2</sup> a na jeho území žije k 31. 12. 2011 dle nejnovějších statistik necelých 82 milionů obyvatel, což z něj činí nejlidnatější stát Evropské unie, avšak také patří i k zemím s nejnižších porodnosti na světě, což patří mezi jeho vůbec nejvážnější problémy a stává se velkou hrozbou pro budoucnost státu. Německo je federativní demokratickou parlamentní republikou tvořenou šestnácti spolkovými zeměmi. [28]

### 3.2.1 Systém zdravotní péče v Německu

Německo patří ve srovnání s mezinárodním měřítkem k zemi s **nejdokonalejším systémem zdravotní péče**. Německo oplývá vysokým počtem nemocnic, soukromých lékařských ordinací a zdravotnických zařízení, které zajišťují lékařskou péči pro všechny obyvatele. S více než čtyřmi miliony pracovních míst je zdravotnictví v Německu segmentem, v němž je zaměstnáno na různých pozicích nejvíce pracovních sil.

Německo je typickým představitelem **státu s národním zdravotním pojištěním**. Výchozím zákonem pro sociální zabezpečení je federální **Zákon o sociálním zabezpečení**. Tento zákon spolu se zákonnými normami stanovuje základní předpisy sociálního zabezpečení. Systém zdravotnictví je decentralizovaný. Vlády jednotlivých spolkových zemí mají dostatečné pravomoci i odpovědnost. Mezi orgány zdravotnictví na spolkové úrovni řadíme především Spolkové ministerstvo zdravotnictví, Spolkový výbor lékařů a zdravotních pojišťoven, Spolková rada zdraví, Lékařská komora a další. Na zemské úrovni má potom každá země vlastní Zemskou radu zdraví a Zemský zdravotní úřad a na lokální úrovni je zdravotnictví v kompetenci zdravotních úřadů.

Hlavními subjektem v systému zdravotnictví je **zdravotní fond**, který přerozděluje příspěvky placené plátcí zdravotního pojištění zdravotním pojišťovnám.

Ve veřejném systému existovalo v roce 2010 na 166 zdravotních pojišťoven, které vystupují jako autonomní, neziskové a nestátní orgány, které jsou regulovány vládou.

### 3.2.2 Německé zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění v Německu má svou tradici již od roku 1883, kdy byl na území Německa zaveden tehdejší kancléřem Bismarckem. Novodobým modelem (bismarckovský model) financování zdravotní péče bylo **zavedeno povinné pojištění na základě solidarity** mezi pojištěnci. Určité skupiny obyvatel musely odvádět stanovené procento ze mzdy do společného fondu, který byl spravován zdravotními pojišťovnami. Systém veřejného zdravotního pojištění byl povinný pouze pro zaměstnance, jejichž výdělek byl menší než uvedené minimum pro příslušný rok. Ti, kteří měli výdělek nad uvedenou částku se tohoto systému účastnit nemuseli. Avšak pokud bylo jejich přáním, mohli si platit zdravotní pojištění nebo si mohli zřídit soukromé zdravotní pojištění či zůstat nepojištěni.

I v současnosti je zdravotní péče v Německu založena na povinném nemocenském pojištění. [10]

**Příspěvek na povinné pojištění** od roku 2011 až po současnost roku 2013 ve výši 15,5 % z hrubé mzdy. Z toho zaměstnavatel přispívá podílem 7,3 % a zaměstnanec 8,2 %. Ti, kteří vydělávají více, jedná se o částku minimálně 49 950 EUR hrubého ročního příjmu za rok 2011, resp. 50 850 EUR v roce 2012 se mohou nechat pojistit u privátní zdravotní pojišťovny.

**Za nezaměstnané obyvatele** od roku 2004 platí zdravotní pojištění úřady práce ve formě paušální sazby.

**Důchodci** zaplatí pouze příspěvek 8,2 % a zbytek do 15,5 % je hrazen z důchodového pojištění. Dobrovolně pojištění důchodci zaplatí plnou sazbu 15,5 % ze všech svých příjmů.

Od roku 2005 platí zaměstnanci další 0,9 % z příjmu na povinné pojištění dlouhodobé péče. [17]

### 3.2.3 Zdravotní fond

V roce 2007 byla schválena reforma zdravotnictví, jejímž ústředním pilířem byl zdravotní fond. Od roku 2009 plynou všechny příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů na zákonné zdravotní pojištění do tohoto fondu. K tomu se ještě přičítá příspěvek z daní.

**Zdravotní fond spravuje Federální pojišťovna.**

Příspěvky povinného zdravotního pojištění placené zdravotnímu fondu jsou hlavním zdrojem financování zdravotní péče v Německu. **Federální pojišťovna přerozděluje z fondu příspěvky** jednotlivým zdravotním pojišťovnám, které se pohybují od 150 do 170 EUR podle věku, pohlaví a zdravotního stavu. Zdravotní fond spolu s 134 pojišťovnami tedy spravuje prostředky a přerozděluje je lékařům, nemocnicím a dalším poskytovatelům zdravotních služeb. [12]



### 3.2.4 Zdravotní pojišťovny - nemocenské pokladny

V současnosti (k 1. 1. 2013) je v Německu asi okolo 134 nemocenských pokladen (pojišťoven). Tyto nemocenské pokladny jsou **veřejnoprávní neziskové samosprávní instituce**, které mají **odpovědnost za výběr zdravotního pojištění**. [18]

Posláním nemocenských pokladen je především vyjednávat jménem svých pojištěnců ceny, rozsah a kvalitu hrazené péče s poskytovateli. Takto vyjednaný rozsah péče je obvykle dostupný pro všechny pojištěnce dané pojišťovny bez omezení.

Všichni občané Německa mají právo na to, aby si mohli **dobrovolně vybrat zdravotní pojišťovnu**, u které chtějí být pojištěni. Tato svoboda **volby neplatí pro zemědělce, horníky a námořníky**. Změnu pojišťovny za jinou mohou provést občané 1x do roka.

Nemocenské pokladny jsou rozděleny na regionální úroveň nebo na úroveň federální.

**Mezi klasické německé nemocenské pokladny patří:**

- a) místní pojišťovací pokladna,
- b) podnikové pokladna,
- c) cechovní pokladna,
- d) zemědělská pokladna,
- e) pokladna pro horníky,
- f) pokladna pro námořníky. [10]

Pro všechny pojištěnce platí jednotná sazba, avšak pojišťovny mohou vracet svým pojištěncům část příspěvku jako bonus. Pojišťovny, kterým nebude příjem z příspěvků stačit, smějí požadovat po svých pojištěncích dodatečné příspěvky (maximálně 1 % z příjmů). [15]

Jak uvádí Mátl (2009), **nemocenské pokladny** mají od roku 2007 **povinnost nabízet zdravotní plány**, v nichž existuje možnost využívat praktického lékaře jako tzv. **gatekeepera**, tedy zprostředkovatele přístupu ke specializované péči. Praktický lékař lépe posoudí potřebu specializované péče než pacient a vzhledem k tomu, že služby praktického lékaře jsou méně nákladné, lze dosáhnout finančních úspor.

### 3.2.5 Primární, sekundární a terciární zdravotní péče v Německu

Systém povinného zdravotního pojištění hradí veškerou zdravotní péči, je-li prokázáno, že tato léčba byla účinná a nutná.

**Primární péči** se rozumí ambulantní péče, která je poskytovaná praktickými a odbornými lékaři a má převážně ziskový charakter. Platba lékařům za primární péče je výkonová, úhrady jsou tedy propláceny prostřednictvím sdružení smluvních lékařů pojišťoven, jehož musí být lékař členem.

Výše rozpočtu svazů **lékařů ambulantní péče** je každým rokem vyjednávána se sdruženími zdravotních pojišťoven. Jaká výše rozpočtu bude, závisí pouze na počtu pojištěných osob a množství dostupných prostředků na pojištěnce získaných z pojištění a dalších zdrojů pojišťoven. Pojištěnci si mohou libovolně vybírat lékaře, a to i odborného.

**Akutní i dlouhodobá nemocniční péče** je zajišťována neziskovými i ziskovými poskytovateli zdravotní péče. Od roku 1972 je financování nemocnic zajišťováno duálním systémem. Investice jsou hrazeny z veřejných rozpočtů a provozní náklady a náklady na ošetření jsou hrazeny nemocenskými pokladnami nebo soukromými pojišťovnami.

Pojištěnci, kteří se účastní na zákonném zdravotním pojištění, musí při první návštěvě lékaře **v kalendářním čtvrtletí zaplatit regulační poplatek** ve výši **10 EUR**, což platí také pro nemocnice a záchranné služby. Regulační poplatek pojištěnec platí přímo u svého lékaře. Jde-li v daném kalendářním čtvrtletí k lékaři několikrát, platí regulační poplatek pouze jedenkrát. To také platí i v případě, když navštíví různé lékaře, a to pouze za podmínky, že pojištěncův všeobecný lékař vystaví svému pacientovi příslušnou poukázku. Bez této poukázky by musel pojištěnec zaplatit regulační poplatek při každé návštěvě lékaře. To neplatí u stomatologického vyšetření nebo ošetření. Pojištěnec musí zaplatit regulační poplatek u stomatologa i v případě, že už v daném kalendářním čtvrtletí poplatek zaplatil u všeobecného lékaře. **Regulační poplatek neplatí** ani pojištěnci mladší než 18 let. **Za předpis se platí taxativně 5 EUR.**

### 3.2.6 Spoluúčast pacientů

**Spoluúčast pacientů** v Německu je jedním ze způsobů financování zdravotní péče. Spoluúčast má taktéž přimět pojištěnce k odpovědnému chování při spotřebě zdravotní péče. Finanční účast pacientů je vyžadována u ambulantních, lékařských služeb, léků, stomatologické péče, dopravy do lékařských zařízení, nemocničního pobytu apod.

**Osvobození od spoluúčasti** jsou ti obyvatelé, kteří jsou zahrnuti do tzv. "nizkopříjmové skupiny". Jedná se zejména o osoby mladší 18 let, těhotné ženy a vážně nemocní pacienti. **Roční limit pro spoluúčast** činí ve výši 2 % hrubého ročního příjmu. [10]

V tabulce 3.2 je znázorněna finanční spoluúčast v Německu na zdravotní péči v roce 2011. Tato tabulka je rozdělena na tři typy péče, a to na všeobecnou lékařskou péči spolu se stomatologickou péčí, dále potom na nemocniční péči a na doplatky za léky. V druhém sloupci je znázorněna cena ošetření, případně doplatku za léky a v posledním sloupci jsou uvedeny výjimky, u kterých se spoluúčast nevyžaduje.

Tab. 3.2 Finanční spoluúčast v Německu na zdravotní péči v roce 2011

Typ péče	Cena ošetření	Výjimky
Lékařské / Stomatologické ošetření	10 EUR za čtvrtletí	<ul style="list-style-type: none"> <li>• další spoluúčast v daném čtvrtletí se neplatí, pokud je pacient doporučen od lékaře</li> <li>• neplatí se žádná spoluúčast v případech preventivního očkování a kontrolní prohlídky</li> </ul>
Léky	10 % z ceny <ul style="list-style-type: none"> <li>• min. 5 EUR</li> <li>• max. 10 EUR</li> <li>• ne více než skutečné náklady</li> </ul>	
Nemocniční péče	Spoluúčast 10 EUR za den po dobu max. 28 dnů v kalendářním roce	Započítání již zaplacených spoluúčastí během kalendářního roku za: <ul style="list-style-type: none"> <li>• nemocnici</li> <li>• doplňkovou léčbu</li> <li>• ústavní rehabilitaci z důchodového pojištění</li> </ul>

Zdroj: [13]

### 3.2.7 Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění je **alternativou** pro ty, jejichž příjem převyšoval 50 850 EUR v roce 2012. U soukromého zdravotního pojištění existují **dva typy**. Buď je nabízeno **plné zdravotní pojištění**, které nahrazuje zákonné zdravotní pojištění nebo druhý typ a tím je **doplňkové zdravotní pojištění**, které kryje zvláštní služby v nemocnicích.

Pojistit se může občan u jakékoliv z asi 50 soukromých pojišťoven, které jsou sjednoceny ve Spolku soukromých zdravotních pojišťoven a přibližně 40 dalšími soukromými pojišťovnami na regionální úrovni.

Plné pojištění především využívají pracující státní zaměstnanci nebo státní zaměstnanci v důchodu (např. učitelé, úředníci). Ti jsou ze zákonného zdravotního pojištění vyjmuti, jelikož právě stát proplácí jejich náklady na zdravotní péči.

**Nepojištěného obyvatelstva** v Německu je necelě 1 %, jsou to právě ty osoby, které mají vysoké příjmy a jsou schopni platit za zdravotní péči přímo hotově.

Soukromé zdravotní pojištění rovněž nabízí lepší služby, než-li zákonné zdravotní pojištění, ovšem na úkor toho, že nelze spolupojistit zdarma děti a zákonného druha, jak je to přípustné u zákonného zdravotního pojištění.

**Výše pojistného s věkem stoupá** a návrat ze soukromého zdravotního pojištění do zákonného zdravotního pojištění není za normálních podmínek možný, a proto musí každá soukromá pojišťovna nabízet pojišťovací schéma, které je obsahově rovnocenné zákonnému zdravotnímu pojištění a příspěvek na něj není vyšší než průměrný maximální příspěvek na zákonné zdravotní pojištění. [1]

Na rozdíl od zákonného zdravotního pojištění jsou zpravidla náklady na zdravotní péči uhrazeny nejprve pojištěncem a ten pak požaduje úhradu od zdravotní pojišťovny. [18]

### 3.2.8 Výdaje na zdravotnictví

V roce 2010 celkové výdaje na zdravotnictví v Německu dosáhly 287,3 miliardy EUR. Oproti roku 2009 to byl nárůst o 8,9 miliardy EUR, tedy o 3,2 %. Výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele činily 3510 EUR.

Výdaje na zdravotnictví dosáhly 11,6 % HDP, v roce 2009 to bylo 11,7 %. Mírný pokles tohoto ukazatele byl způsoben prudkým nárůstem ekonomického výkonu po krizi v roce 2009. Růst výdajů na zdravotní péči v roce 2010 odpovídalo zhruba průměrnému ročnímu růstu v letech 2000 a 2009.

Ambulantní zdravotnická zařízení tradičně hrají důležitou roli v Německu. Téměř každé druhé euro výdajů na zboží a služby v oblasti zdravotní péče bylo vynaloženo v ambulantních zdravotnických zařízeních (49 %). [29]

V tabulce 3.3 je znázorněn přehled výdajů na zdravotnictví v Německu za období 2008 – 2010. Tyto výdaje jsou dále porovnány k HDP Německa a také přepočteny jako výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele.

Tab. 3.3 Přehled výdajů na zdravotnictví v Německu

	2008	2009	2010
Výdaje na zdravotnictví v mld. €	264 391	278 405	287 293
Podíl HDP v %	10,7	11,7	11,6
Výdaje na zdravotní péči na 1 obyvatele v €	3 220	3 400	3 510

Zdroj: [29], vlastní zpracování

### 3.3 Rakousko

V dnešní době je Rakousko malou spolkovou republikou, která se rozkládá na 83 870 km<sup>2</sup> a je rozdělena mezi spolek a devět regionů, známých jako spolkové země. Jednotlivé země mají řadu kompetencí, avšak jejich legislativní pravomoci jsou poměrně omezené a musí být upraveny federálními zákony. Počet obyvatel v roce 2011 dosáhl 8 420 900. [30]

#### 3.3.1 Systém zdravotní péče v Rakousku

Systém zdravotní péče v Rakousku je založen na modelu bismarckovském. Tento **systém zdravotní péče je tedy decentralizovaný a rozdělený mezi federální a zemské úřady**. Podle rakouské ústavy leží odpovědnost za většinu oblastí systému zdravotní péče na federální vládě, avšak federální **Ministerstvo zdravotnictví** nemá naprosto všechny kompetence. Je tomu tak především v oblasti nemocniční péče. Odpovědnost za její provádění musí být v souladu s federální legislativou a nesou ji jednotlivé zemské správy.

**Systém zdravotní péče** je upraven řadou právních předpisů. **Financování zdravotní péče** je založeno na vícezdrojovém systému a je prováděno z veřejných prostředků prostřednictvím zdravotních pojišťoven, soukromého pojištění občanů nebo z přímých plateb za ošetření. Poskytovatelé dostávají úhradu za poskytnutou péči od pojišťovny, pokud s ní mají uzavřenou smlouvu nebo jim cenu zdravotní péče hradí přímo pacient. Ve financování se projevuje dualismus daný odlišným způsobem úhrady ambulantní a nemocniční péče.

**Financování ambulantní péče** se realizuje převážně z veřejných prostředků zdravotního pojištění a nemocniční péče převážně z daňových výnosů jednotlivých zemí.

**Systém sociálního pojištění** je oddělený od zbytku zdravotnictví. Sociální pojištění zahrnuje zdravotní pojištění, penzijní pojištění a pojištění pracovních úrazů. Je povinné a kryje i nezaopatřené rodinné příslušníky.

Do systému zdravotní péče se řadí veškeré instituce a také opatření, jejichž zájmem je udržení a ochrana zdraví populace.

V průzkumech OECD, WHO nebo jiných institucí, vychází rakouské zdravotnictví jako jedno z nejlepších, díky vysoké kvalitě za nízké ceny. [24]

### 3.3.2 Zdravotní pojištění v Rakousku

Téměř 81 % obyvatel Rakouska spadá do systému pojištění dle zákona o všeobecném sociálním zabezpečení, 9 % obyvatel je pojištěno na základě úřednického zdravotního a úrazového pojištění, 5 % dle sociálního zdravotního pojištění pro OSVČ a 4 % podle sociálního pojištění zemědělců.

**Sociální pojištění zahrnuje:**

- a) **zdravotní pojištění,**
- b) **penzijní pojištění,**
- c) **pojištění pracovních úrazů.**

Je povinné dle rakouského zákona o všeobecném sociálním zabezpečení a kryje i nezaopatřené rodinné příslušníky a taktéž tento zákon stanovuje podmínky pro výběr poplatků, osvobození od poplatků, hranici minimálních příjmů atd. [15]

**Příspěvek na zdravotní pojištění**, dle § 51 zákona o všeobecném sociálním pojištění v roce 2012 byl ve výši 7,5 % z hrubého příjmu. Stejně jako v Německu, tak i tady hradí jednu polovinu zaměstnanec a druhou polovinu zaměstnavatel. **Výše příspěvku na zdravotní pojištění** se liší na základě profese. Pro dělníky činí zdravotní pojištění 7,5 % z toho zaměstnanec odvádí 3,95 % a zaměstnavatel 3,55 %, pro úředníky činí zdravotní pojištění také 7,5 %, ale zaměstnanec odvádí 3,75 % a zaměstnavatel 3,75 %. pro starobní důchodce 3,4 % a pro OSVČ 7,1 %. Tím, že občané platí zákonný zdravotní příspěvek, získávají oprávnění na léčbu dle zákona. **Strop pro odvod pojistného** byl stanoven pro rok 2012 ve

výši 50 760 EUR, což činí zhruba 1,5 násobek průměrné mzdy. Po překročení této částky se zdravotní pojištění neplatí. [26]

Opět zde **existuje svobodná volba lékaře nebo specialisty**. Sociálně - zdravotní pojištění pokrývá primární zdravotní péči, léky, zdravotní techniku, zubní léčbu, nemocniční léčbu, domácí péči, dávky v nemoci a mateřství, rehabilitaci, ochranu zdraví a prevenci, převozní a cestovní náklady apod. [15]

**Povinné pojištění vzniká** na základě zaměstnání nebo podle místa bydliště pojištěnce, a proto neexistuje konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

Výjimkou, kdy zdravotní pojištění není povinné, tvoří svobodné povolání (notáři, soukromí inženýři apod.). Tato výjimka tvoří pouze 1 %. [6]

### 3.3.3 Zdravotní pojišťovny

Rakousko má 21 zdravotních pojišťoven, avšak není mezi nimi žádná konkurence, jelikož vše je předepsáno zákonem.

Mezi **zdravotní pojišťovny, které jsou specifické** pro určité profese patří především: Rakouská hornická pojišťovna pro horníky, sociální pojištění zemědělců a OSVČ.

Dále jsou v Rakousku **zdravotní pojišťovny, které jsou regionální**. Těchto regionálních zdravotních pojišťoven je celkově devět. A v poslední řadě osm zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven zdravotní péče. [15]

Rakušané si ovšem **nemohou svobodně vybrat**, u které **zdravotní pojišťovny** chtějí být. Je to dáno na základě zaměstnání nebo podle místa bydliště pojištěnce. Zdravotní pojišťovny jsou vázány povinnostmi uzavírat s obyvateli smlouvy o pojištění.

**V ambulantní sféře, v sektoru rehabilitace a v lékové politice** je zdravotní péče organizována skrze jednání mezi zdravotními pojišťovnami a Spolkem rakouských zdravotních pojišťoven. Na druhé straně tohoto jednání stojí komora lékařů a farmaceutů, profesní sdružení porodních asistentek a ostatní zdravotní profese. Na základě rámcových smluv mezi orgány zemských pojišťoven a lékařskou komorou uzavírají zdravotní pojišťovny individuální smlouvy s praktickými lékaři. [6]

### 3.3.4 Primární, sekundární a terciární zdravotní péče v Rakousku

**Primární péči** v Rakousku zabezpečují nezávislí soukromí lékaři. Z větší části jsou smluvními lékaři některé zdravotní pojišťovny a nabízejí pouze ambulantní péči v omezené míře.

**Sekundární a terciární péče** je zabezpečována specializovanými klinikami a nemocnicemi.

**Ambulantní lékaři** si mohou otevřít soukromou praxi kdekoli v zemi.

**Tyto lékaře můžeme rozdělit do dvou skupin:**

- a) **lékaři**, kteří **mají smlouvu** se zdravotní pojišťovnou,
- b) **lékaři**, kteří jsou **odkázáni na přímé platby pacientů** – nesmluvní lékaři.

Lékaři ve smluvním vztahu s pojišťovnou vyrovnávají účty přímo u příslušné zdravotní pojišťovny. Lékaři, kteří nemají uzavřenou smlouvu s pojišťovnami a dostanou úřední povolení otevřít si praxi, mají volnější podmínky pro provozování své praxe (mohou si zvolit místo ordinace s ordinační dobou podle vlastní úvahy). Pojištěncem u tohoto nesmluvního lékaře nazýváme soukromým pacientem, kde tento pacient zaplatí celé ošetření v hotovosti a poté u své pojišťovny získá zpět až 80 % těchto prostředků, které by jinak zaplatil u smluvního lékaře.

**Smluvní lékaři jsou honorováni** podle dohod lékařské komory a pojišťovny. Poplatky těchto smluvních lékařů jsou mnohem nižší než u nesmluvních. Všeobecný lékař je obvykle odměňován **paušální částkou**, kterou dostává za každého pacienta za určité období, tj. kapitační platbou.

V nemocnicích jsou přijímáni pacienti, kteří jsou odesláni na základě doporučení všeobecného lékaře nebo specialisty. Nemocnice jsou provozovány zeměmi a obcemi, některé nemocnice jsou i v soukromém vlastnictví.

Nemocnice jsou financovány z nemocenského pojištění a zemských rozpočtů. **Nemocnice jsou placeny paušálem**, vypočteným na základě služby poskytované každému pacientovi.

Na rozdíl od České republiky, která má v průměru 500 lůžek a ve fakultních nemocnicích až 1 200 lůžek, je v Rakousku optimální stav 200 lůžek na nemocnici. [10]

### 3.3.5 Spoluúčast pacientů

Spoluúčast v Rakousku tvoří zhruba 25 % nákladů zdravotní péče. V oblasti **primární péče** jde např. o **poukazy**, které pojištěnec koupí za určitou částku a které jej opravňují k návštěvě smluvního lékaře dle svého výběru. Platnost poukazu je 3 měsíce. V pozici zaměstnance tento poukaz vydává zaměstnavatel. Maximální částka spoluúčasti pacienta je



stanovena na 72,67 EUR. U **nesmluvního lékaře**, pojištěnec zaplatí celou částku za úkon v hotovosti a tu mu následně pojišťovna zdravotní pojišťovna proplatí, avšak pouze do 80 % poplatku, které by zaplatil u smluvního lékaře. [15]

V tabulce 3.4 je znázorněna finanční spoluúčast v Rakousku na zdravotní péči v roce 2011. Tato tabulka je rozdělena na smluvní a nesmluvní lékaře, dále potom na nemocniční péči. V prvním sloupci jsou uvedeni typy lékařů, v druhém sloupci je poskytnutá zdravotní péče a v posledním sloupci je cena ošetření.

Tab. 3.4 Spoluúčast pacientů v Rakousku 2011

Typ lékaře	Typ péče	Cena ošetření
<b>Smluvní lékař</b>		
Specialista	vyšetření	10 EUR
<b>Nemocniční péče</b>		
Všeobecná	pobyt v nemocnici	8 – 15 EUR* / den Během prvních 28 dní
Mimořádná	pobyt v nemocnici	Pojišťovna hradí paušálně. Cenu „nad rámec“ platí pojištěnec přímo nebo ze soukromého pojištění
<b>Nesmluvní lékař</b>		
Specialista	vyšetření	18 EUR

Zdroj: [25], vlastní zpracování

\* výše denní sazby záleží na regionu.

**Spoluúčast ovšem zahrnuje i léky** a činí 4,60 EUR za každou položku na receptu.. Zdravotnické prostředky okolo 10 % nákladů a min. 25 EUR. Hospitalizace 10 – 15 EUR/den pro rodinné příslušníky. Vytavení nemocenského lístku 3,63 EUR. Spoluúčast se také běžně vyžaduje u stomatologů, terapeutů, psychologů. Pro určité skupiny obyvatel existují v placení spoluúčasti výjimky. Jedná se o sociálně slabé a chronicky nemocné pacienty. Navíc si jednotlivé zdravotní pojišťovny samy definují podmínky osvobození od poplatků. [25]

### 3.3.6 Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní připojištění kryje náklady, které nejsou propláceny z povinného zdravotního pojištění. Nabízí tedy možnost **krytí nadstandardní péče** v oblasti zdraví. V Rakousku se dobrovolně soukromě připojišťují osoby, které provozují svobodná povolání a tímto soukromým zdravotním pojištěním vlastně nahrazují statutární zdravotní pojištění. Toto pojištění je nabízeno **pojišťovacími společnostmi, které jsou ziskové**. Výše pojistného se u každé pojišťovací společnosti liší. Soukromé zdravotní pojištění využívá skoro 1/3 obyvatel Rakouska. [1]

### 3.3.7 Výdaje na zdravotnictví

Výdaje na zdravotnictví v Rakousku v roce 2010 činily 31 438 miliardy EUR, oproti roku 2009 vzrostly o 2,2 %. Z této částky bylo 1,6 miliardy EUR vynaloženo na zdravotnické investice. Průměrné výdaje na zdravotnictví v letech 1990 a 2010 se meziročně zvýšily o 5,2 %. Hrubý domácí produkt vzrostl mezi roky 2009 a 2010 o 4,1 %. Vzhledem k relativně silnému hospodářskému růstu, s nižší mírou růstu výdajů zdravotnictví, podíl výdajů na zdravotnictví k HDP klesl na 11 % oproti roku 2009. [31]

V tabulce 3.5 je znázorněn přehled výdajů na zdravotnictví v Rakousku za období 2008 – 2010. Celkové výdaje jsou rozčleněny na soukromé. Celkové výdaje jsou dále porovnány k HDP Rakouska, jak v procentuálním vyjádření, tak i v mld. EUR.

Tab. 3.5 Výdaje na zdravotnictví v Rakousku

	2008	2009	2010
Celkové výdaje na zdravotnictví v mld. €	29 659	30 766	31 438
Soukromé výdaje v mld. €	7 024	7 262	7 482
Podíl HDP v %	10,5	11,2	11
HDP v mld. €	282 746	274 818	286 197

Zdroj: [31], vlastní zpracování

Příloha č. 2 podává přehled o základním srovnáním zdravotnických systémů jednotlivých zemí. Veškerá data a informace pocházejí ze zdrojů, které jsem využila pro zpracování této diplomové práce a které jsou uvedeny v Seznamu použité literatury.

## 4 Návrhy opatření pro zlepšení fungování českého zdravotnictví

České zdravotnictví bývá často diskutovaným tématem nejen laické, ale i odborné veřejnosti. Diskutuje se nejen financování zdravotnictví, ale zejména pak i využívání omezených zdrojů a v neposlední řadě i míra vlastního podílu na nákladech zdravotní péče. Tyto problémy netrápí bohužel jen naši republiku, nýbrž je to problém celosvětový.

Otázka jak správně nastavit systém poskytování zdravotní péče, která bude vyžadovat co nejmenší výdaje spolu s efektivním využitím omezených zdrojů, je řešena opakovaně i u nás. Je nutné **postupně zavádět dílčí reformní kroky** reagující na společensko - politický a vědecko - technický vývoj. Taktéž lze převzít některá opatření, popř. se poučit ze zkušeností ostatních evropských zemí, které přijaly dané reformní opatření týkající se zdravotnictví. Přitom je však zcela nezbytné, aby zaváděným změnám vždy předcházela analýza jejich dopadů.

**Nastavení našeho zdravotního systému** nebylo a doposud není bezchybné. Základem současných problémů českého zdravotnictví je neexistující koncepce zdravotní péče v ČR. Taková koncepce musí být zpracována a schválena parlamentem na období minimálně 10 - 15 let. Bez tohoto základního a zásadního kroku nelze změny kvalitně implementovat.

Díky získaným informacím ze zahraničních zdravotních systémů, především Německa a Rakouska, poukáží v této kapitole na složitost a neefektivnost současného nastavení zdravotního systému a financování zdravotní péče v ČR.

### 4.1 Výdaje na zdravotnictví v ČR podle zdrojů financování v letech 2009 – 2011

Zdroje, jimiž je z největší části financováno české zdravotnictví dělíme zejména na tři položky:

- a) **zdravotní pojišťovny,**
- b) **veřejné rozpočty,**
- c) **domácnosti.**

V tabulce 4.1 je sestaven přehled výdajů na zdravotnictví za období 2009 – 2011. Celkové výdaje na zdravotnictví jsou členěny na **veřejné a soukromé**. Veřejné výdaje jsou

potom dále rozděleny na výdaje rezortů a územních orgánů a na výdaje zdravotních pojišťoven. V posledním řádku tabulky je uveden podíl výdajů na zdravotnictví k HDP měřený v procentech. Veškerá data použitá na sestavení tabulky 4.1 jsou volně dostupné na ÚZIS ČR.

Tab. 4.1 Přehled výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v České republice v letech 2009 - 2011 (mil. Kč)

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Veřejné výdaje</b>	243 692	243 281	242 408
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	26 034	20 781	16 863
zdravotní pojišťovny	217 658	222 500	225 545
z toho výdaje na zdravotní péči	210 630	214 373	217 641
<b>Soukromé výdaje v mld. Kč</b>	47 954	45 754	46 376
<b>Celkové výdaje na zdravotnictví</b>	<b>291 646</b>	<b>289 035</b>	<b>288 074</b>
<b>Podíl HDP v %</b>	<b>7,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,6</b>

Zdroj: [32]

#### 4.1.1 Celkové výdaje

Dle dostupných podkladů, které zveřejňuje ÚZIS ČR, vykázalo české zdravotnictví za rok 2011 celkové výdaje na zdravotní péči v částce 288 mld. korun, zatímco o rok dříve tyto výdaje činily 289 miliardy Kč. V roce 2009 dokonce celkové výdaje přesáhly hranici 290 mld. korun.

Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice podle statistik již druhý rok klesají, to se projevilo zejména u výdajů veřejných rozpočtů. Důvodem poklesu celkových výdajů na zdravotnictví byly zejména úspory veřejných rozpočtů a dopad nepříznivé ekonomické situace na výdaje obyvatelstva.

V roce 2010 tak představovaly celkové výdaje na zdravotnictví 7,7 % HDP, o rok později 7,6 % HDP.

#### 4.1.2 Veřejné výdaje

Mezinárodní metodika, považuje za veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR státní rozpočet a územní rozpočty, což představuje rozpočty krajů a obcí a dále pak výdaje systému veřejného zdravotního pojištění.

Z celkové sumy výdajů na zdravotnictví v roce 2011 představovaly výdaje zdravotních pojišťoven téměř 225,5 mld. Kč. V ČR působilo během roku 2010 devět zdravotních pojišťoven, jenž měly na starosti téměř 10,4 milionů klientů a jejich výdaje činily 222,5 mld. korun. Výdaje zdravotních pojišťoven do roku 2011 stále mírně vzrůstaly. V roce 2010 o 1,8 % a v roce 2011 o 1,4 % oproti roku 2010, tedy na 218 mld. Kč.

Veřejné výdaje na zdravotnictví v roce 2011 dosáhly výše 242 408 mil. Kč. V roce 2010 a 2009 činily tyto výdaje téměř shodně 243 mld. Kč. Ale i přes pokles veřejných výdajů Česká republika patří mezi země s nejvyšším podílem veřejných výdajů na financování zdravotnictví.

Přibližně 7 % z veřejných výdajů představovaly výdaje veřejných rozpočtů v roce 2011. Výdaje z veřejného zdravotního pojištění činily 93 %. Oproti roku 2010 výdaje veřejných rozpočtů činily cca 8,5 % a 91,5 % činily výdaje veřejného zdravotního pojištění.

Z rezortního a územních rozpočtů bylo vydáno 16,8 miliard korun do zdravotnictví za rok 2011. Tyto výdaje byly nejmenší za sledované období 2009 – 2011.

V tabulce 4.2 jsou uvedeny náklady a výnosy zdravotních pojišťoven z 1 obyvatele za období 2009 – 2011.

Tab. 4.2 Náklady a výnosy zdravotních pojišťoven (v Kč)

	2009	2010	2011
Náklady na 1 obyvatele	21 071	21 421	21 699
Výnosy z 1 obyvatele	20 451	20 758	21 203

Zdroj: [33]

V roce 2011 nejvíce vzrostly náklady na zdravotní péči ambulantních specialistů o 5,7 % a na péči praktických lékařů o 2,1 %. Náklady na léky a zdravotnické prostředky celkem poklesly o 0,6 %.

Největší části výdajů tvoří ve většině zemí ambulantní péče. Podíl výdajů za léky a prostředky zdravotnické techniky v roce 2009 tvořily 23 % z celkových nákladů na zdravotní péči. [33]

#### 4.1.3 Soukromé výdaje

Od roku 2008 se výdaje domácností na zdravotnictví pohybují nad hranicí 40 miliard korun. V roce 2009 bylo dosaženo zatím maximální hodnoty 47,9 miliardy Kč. Avšak v roce 2010 se výdaje domácností snížily o tři procenta na 45,8 miliardy Kč.

Soukromé výdaje na zdravotnictví v roce 2011 činily 46,4 mld. Kč, zatímco o rok dříve vydaly domácnosti za zdraví 45,8 mld. Kč. Pokles mezi rokem 2009 - 2011 u soukromých výdajů byl zapříčiněn nejspíše snížením kupní síly obyvatelstva spolu s úlevami v regulačních poplatcích.

Na jednoho člena průměrné domácnosti se **soukromá vydání na zdraví** zvýšila o 65 Kč oproti roku 2010, tedy na celkových **3 230 Kč za rok**. Po prudkém nárůstu v roce 2008, který činil 29,5 % z důvodu toho, že byly zavedeny regulační poplatky, došlo v letech 2009 až 2011 ke zvolnění růstu.

**Výdaje na zdraví na 1 osobu v domácnostech důchodců** přitom činily **průměrně 5 423 Kč** a oproti roku 2010 vzrostly o 3,4 %, jak uvádí ÚZIS ČR.

Nejvyšší podíl výdajů průměrné domácnosti tvoří platby za léky a zdravotnické prostředky. Tento podíl v roce 2011 byl 70,3 %.

Podíl soukromých výdajů na zdravotní péči v průměrné domácnosti v roce 2011 činil 2,74 % z celkových spotřebních vydání. [33]

V tabulce 4.3 jsou uvedeny výdaje domácností na regulační poplatky za období 2009 - 2010. Tyto regulační poplatky jsou zvlášť roztrženy podle poplatků, které musí pacient zaplatit u jednotlivých typů zdravotní péče.

Tab. 4.3 Výdaje domácností na regulační poplatky v letech 2009 – 2010 (v tis. Kč)

	2009	2010
Poplatky za recept	2 659 293	2 657 363
Poplatky za návštěvu lékaře	1 650 240	1 530 418
Poplatky za hospitalizaci	1 262 562	1 242 669
Poplatky za pohotovost	207 753	191 444
<b>Celkem</b>	<b>5 779 848</b>	<b>5 621 894</b>

Zdroj: [16]

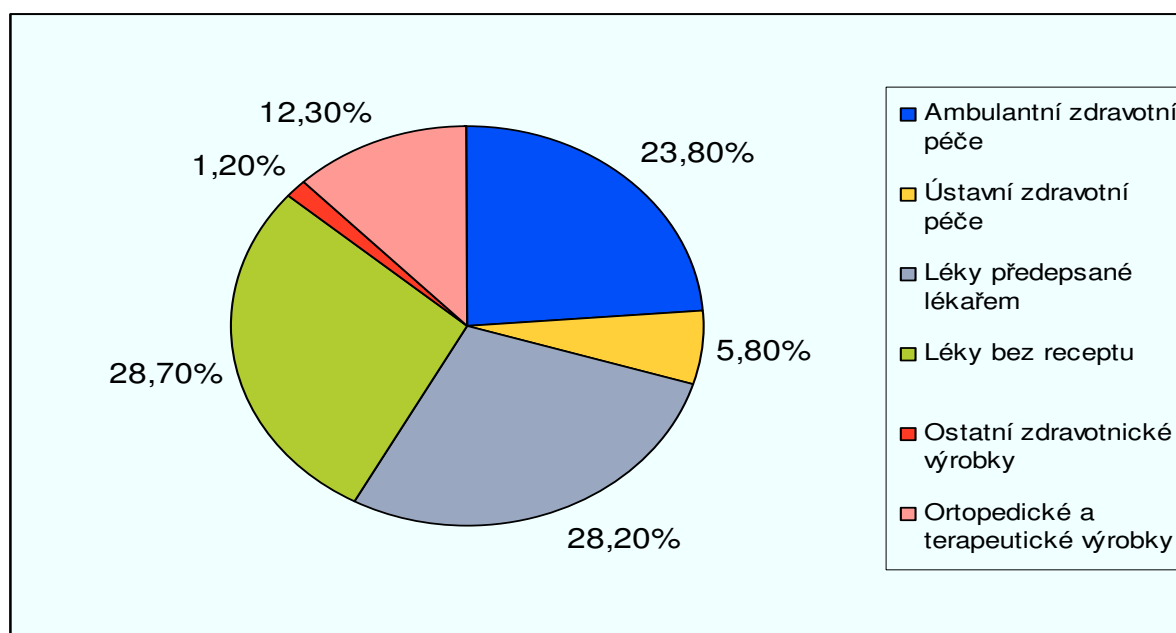
Od roku 2008 byly zavedeny regulační poplatky, díky kterým v roce 2010 domácnosti vydaly celkově 5,6 miliardy korun. **Regulační poplatky v případě ambulantních specialistů, ale i praktických lékařů a lékáren zůstávají jejich příjmem.** Z toho vyplývá, že se tímto reformním krokem nejedná o posílení zdrojů k financování zdravotního systému (výjimku tvoří poplatky na lékařské pohotovosti a poplatky za lůžkoden v nemocnicích), a proto neřeší problém týkající se nedostatku finančních prostředků, ale pouze snižuje četnost návštěv pacientů u lékaře.

Nejvyšší částku, a to 48 % z uhrazených poplatků, uhradily domácnosti za recept. Poplatky za návštěvu lékaře představovaly 27 %, za hospitalizaci 22 % a pouhé 3 % činily poplatky za pohotovost v roce 2010.

Náklady na zdravotní péči rostou rychleji než reálná ekonomika, a to jak v České republice, tak i v dalších vyspělých zemích. S ohledem na to lze do budoucna očekávat zvyšování přímých plateb pacientů.

V grafu 4.1 jsou znázorněny přímé výdaje občanů na zdravotní péči v ČR za rok 2011. Tyto výdaje jsou jednotlivě rozděleny dle typu zdravotní péče, dále jedná-li se o léky předepsané lékařem či nikoliv a na ostatní výdaje.

Graf 4.1 Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placené obyvatelstvem v roce 2011 (v %) v ČR



Zdroj: [33]

Z grafu 4.1 je patrné, že nejvíce obyvatelé ČR utrácejí za léky, ale taktéž výrazně rostou i náklady za ambulantní či dlouhodobou péči. Přímé platby pacientů jsou však stále jedny z nejnižších ze zemí OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj).

## 4.2 Srovnání zahraničních indikátorů financování zdravotnictví s ČR

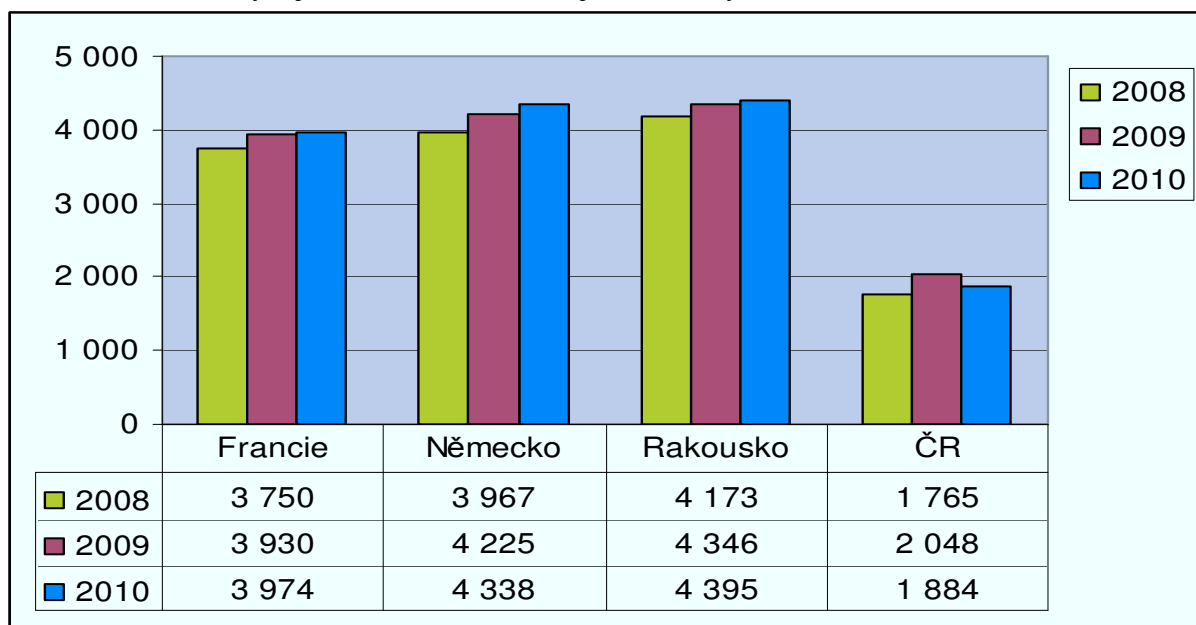
V této části diplomové práce za pomoci grafů znázorním, jaké výdaje jsou vynakládány na zdravotnictví v ostatních zemích pro utvoření představy, zdali má ČR příliš vysoké výdaje či nikoliv. Veškerá data pochází ze zdrojů OECD.

Při mezinárodním porovnání výdajů na zdravotnictví se jako měrná jednotka používá americký dolar (USD) v paritě kupní síly (PPP) přepočtený na jednu osobu. OECD přepočítává celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v paritě kupní síly, která zohledňuje mzdové a cenové rozdíly v jednotlivých zemích.

### 4.2.1 Celkové výdaje

V grafu 4.2 jsou uvedeny celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele přepočtené jednotnou měnou amerického dolaru v paritě kupní síly za sledované období 2008 – 2010.

Graf 4.2 Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele, USD PPP, 2008-2010



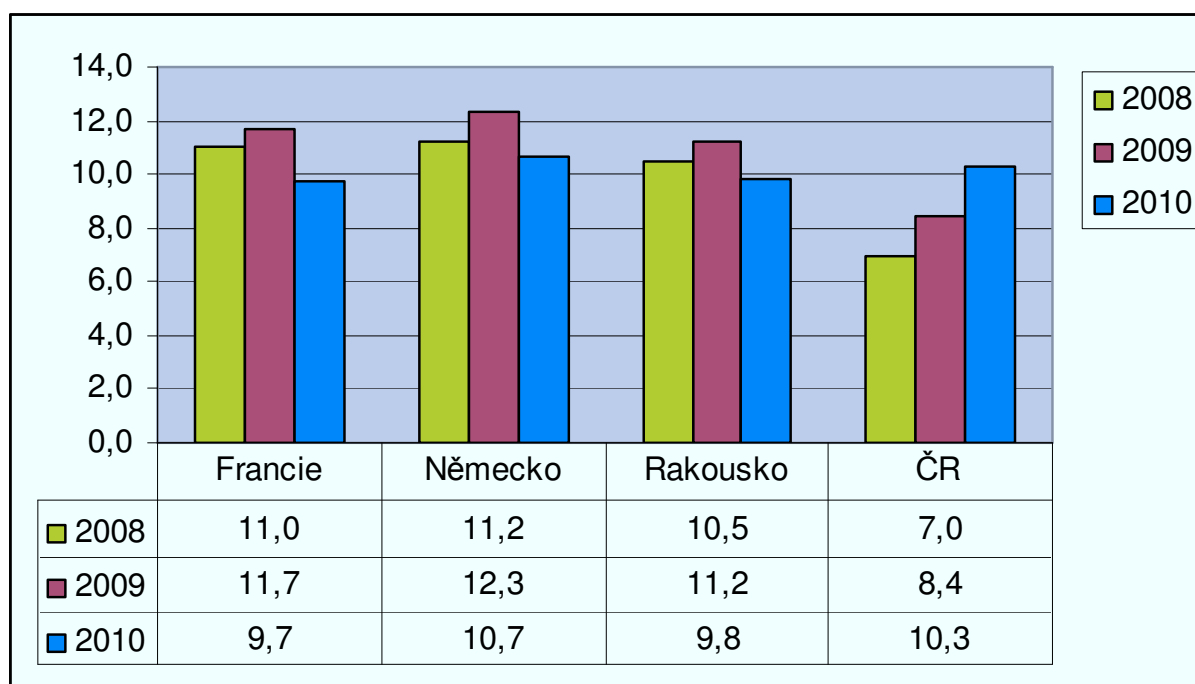
Zdroj: [27], vlastní zpracování



Hodnoty celkových výdajů na zdravotnictví v USD a PPP v grafu 4.2 ukazují, že ze srovnávaných zemí má ČR nejnižší množství finančních prostředků vynaložených na zdraví jednoho obyvatele. Nejvyšší prostředky na zdraví jednoho obyvatele vydává Rakousko a Německo.

V grafu 4.3 jsou znázorněny celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele jako procento hrubého domácího produktu jednotlivých zemí, který je vyjádřen v paritě kupní síly USD za období 2008 – 2010.

Graf 4.3 Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele jako % HDP v USD PPP, 2008 - 2009



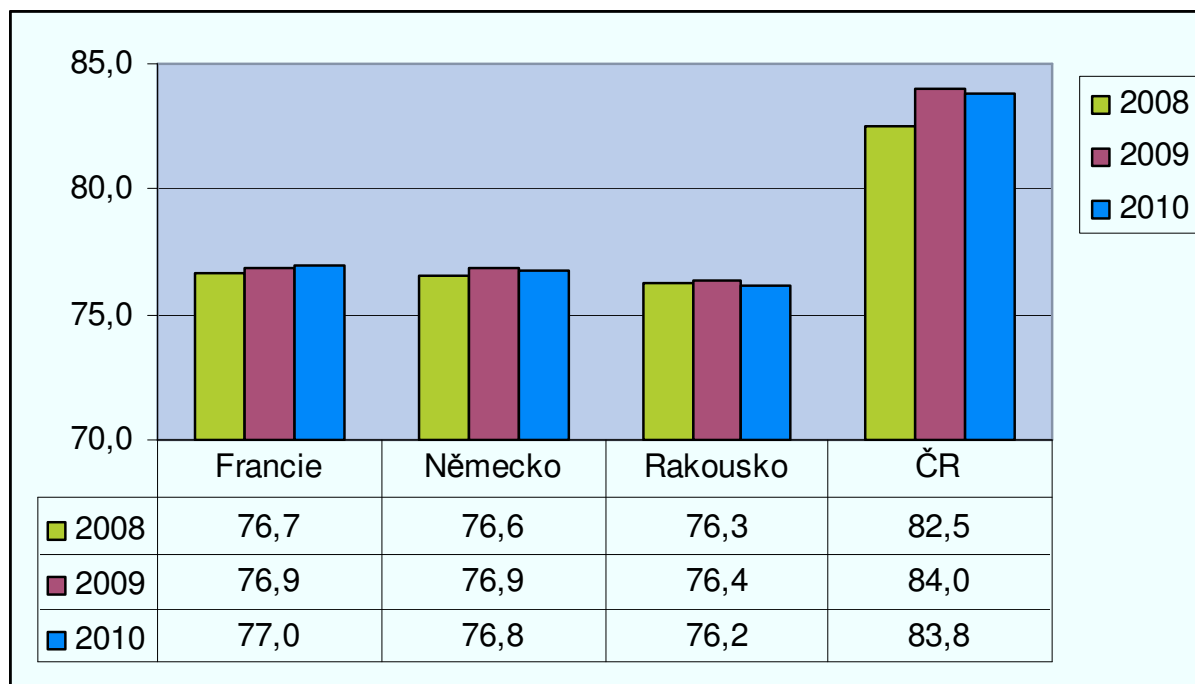
Zdroj: [21], vlastní zpracování

Z grafu 4.3 je patrné, že Česká republika vydávala za období 2008 - 2009 na zdravotnictví vzhledem k možnostem svého hospodářství nejmenší objem prostředků ze všech uvedených zemí. Celkové výdaje v ostatních zemích OECD dosahují průměrně 9,5 % HDP. V Česku v roce 2010 dosáhly náklady na zdravotnictví 10,3 % k HDP. V roce 2010 byl překročen průměr, jenž uvádí OECD, všemi sledovanými zeměmi.

#### 4.2.2 Veřejné výdaje

V grafu 4.4 jsou uvedeny veřejné výdaje na zdravotnictví jednotlivých zemí, které jsou porovnány percentuálně k celkovým výdajům na zdravotnictví za období 2008 – 2010.

Graf 4.4 Veřejné výdaje jako procento z celkových výdajů na zdravotnictví, 2008 - 2010



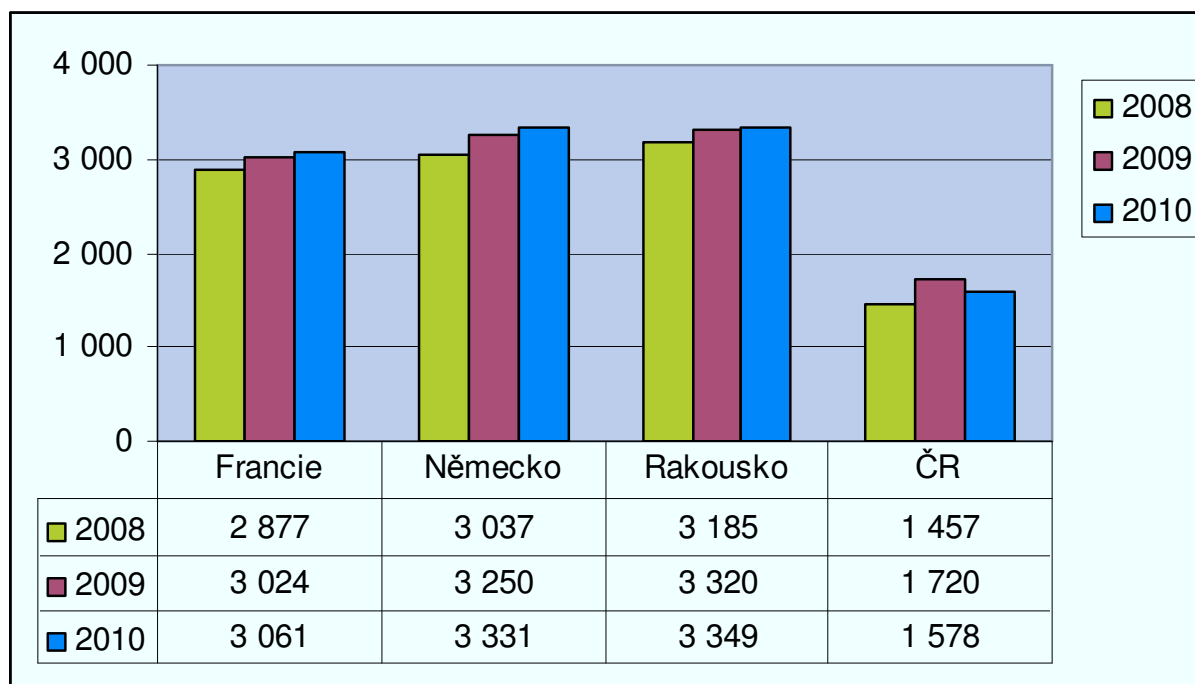
Zdroj: [27], vlastní zpracování

Z grafu 4.4, jenž znázorňuje percentuální podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích na zdravotnictví, je patrné, že podíl veřejných prostředků na úhradách zdravotní péče je v České republice nejvyšší z uvedených zemí. Přičemž mezi vyspělými státy patří ČR zároveň k zemím s průměrnými celkovými výdaji na zdravotnictví (měřeno podílem na HDP).

Jestliže porovnáme absolutní hodnoty veřejných výdajů v grafu 4.5 dojdeme k závěru, že i když je v České republice zdravotnictví financováno nejvíce z veřejných zdrojů, viz. graf 4.4, oproti sledovaným zemím, tak skutečné hodnoty po přepočtení dle parity kupní síly ukazují zhruba poloviční množství prostředků než ostatní srovnávané země. V grafu 4.5 je jasné znázorněno, že **české zdravotnictví je výrazně podfinancováno**.

V grafu 4.5 jsou uvedeny veřejné výdaje na zdravotnictví jednotlivých zemí, přepočtené na jednoho obyvatele v amerických dolarech a paritě kupní síly za období 2008 - 2010.

Graf 4.5 Veřejné výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele, USD PPP, 2008 - 2010



Zdroj: [27], vlastní zpracování

V tabulce 4.4 jsou uvedeny za jednotlivé země jejich běžné výdaje na zdravotnictví podle jednotlivých zdrojů financování, zejména veřejné rozpočty a veřejné zdravotní pojištění. Tyto data jsou přepočteny na jednoho obyvatele v paritě kupní síly amerického dolaru za období 2009 – 2010.

Běžnými výdaji se rozumí takové výdaje, do nichž není zahrnut dle mezinárodní klasifikace, výdaje na fixní kapitál poskytovatelů zdravotní péče (nové investice, rekonstrukce, modernizace a nákupy dlouhodobého majetku). U sledovaných zemí tvoří taktéž, stejně jako v ČR, významnou část veřejných prostředků na financování zdravotnictví výdaje veřejného zdravotního pojištění, jak je znázorněno v tabulce 4.4. Pořadí zemí podle výše podílu veřejného zdravotního pojištění na celkových běžných výdajích za rok 2010 v běžných cenách je následující: ČR (77,9 %), Francie (73,7 %), Německo (70,5 %) a poslední místo zaujímá Rakousko s podílem 44,8 %, jak je uvedeno v ÚZIS ČR. [33] Jestliže

porovnáme běžné výdaje na zdravotnictví na celkových výdajích na zdravotnictví, je patrné, že podíl veřejných prostředků na úhradách zdravotní péče je v České republice nejvyšší z uvedených zemí, ale skutečné hodnoty po přepočtení na paritu kupní síly ukazují, že ČR poskytuje z veřejných rozpočtů na zdravotnictví nejnižší výdaje ze sledovaných zemí. Opět tato situace vede k tomu, že **české zdravotnictví je podfinancováno.**

Tab. 4.4 Běžné výdaje na zdravotnictví v letech 2009 - 2010 podle zdrojů financování přepočtené na jednoho obyvatele v USD PPP

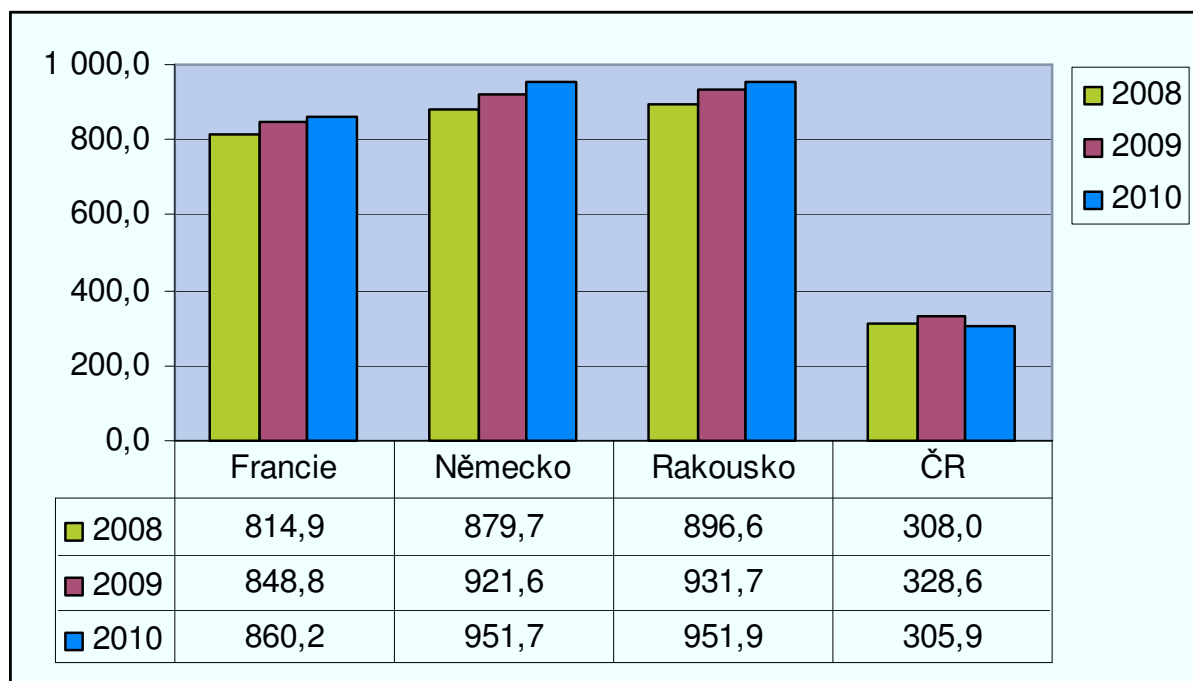
	2009			2010		
	z toho			z toho		
	Veřejné výdaje	Veřejné rozpočty	Veřejné zdravotní pojištění	Veřejné výdaje	Veřejné rozpočty	Veřejné zdravotní pojištění
<b>Francie</b>	<b>2 930,4</b>	150,1	2 780,3	<b>2 974,4</b>	147,7	2 826,7
<b>Německo</b>	<b>3 152,9</b>	278,4	2 874,5	<b>3 235</b>	282,4	2 952,6
<b>Rakousko</b>	<b>3 173</b>	1 300,8	1 872,2	<b>3 210,1</b>	1 346	1 864,1
<b>ČR</b>	<b>1 654,4</b>	104,2	1550,2	<b>1 529,4</b>	99,4	1430

Zdroj: [27], vlastní zpracování

#### 4.2.3 Soukromé výdaje

V grafu 4.6 jsou znázorněny soukromé výdaje na jednoho obyvatele v paritě kupní síly amerického dolaru jednotlivých zemí za sledované období 2008 – 2010. **Soukromé výdaje** na zdravotnictví, které tvoří **přímá vydání obyvatelstva, výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců, soukromé zdravotní pojištění a další,** jsou dalším zdrojem financování zdravotnictví.

Graf 4.6 Soukromé výdaje na jednoho obyvatele, USD PPP za období 2008 - 2010



Zdroj: [27], vlastní zpracování

Jak ukazuje graf 4.6, ČR patří mezi země s nejnižším vydáním soukromých výdajů na zdravotnictví. To potvrzuje to, že přímé platby českých pacientů jsou jedny z nejnižších ze zemí OECD. Tyto platby u nás činí přibližně 17 % veřejných výdajů. Průměr v členských zemích OECD je přitom 27,8 %.

### 4.3 Nedostatky stávajícího zdravotního systému v ČR

Zdravotní pojištění je v dnešním zdravotním systému ztraceným nákladem. Je to zapříčiněno tím, že nečerpání zdravotních služeb nevede k ušetření na pojištění. **Neexistuje** proto **potřeba s ním šetřit** a často se s ním nadměrně plýtvá. Tato neefektivnost pak nutí systém k nadměrné platbě za pojištění, k němuž se přidávají i požadavky na zvyšování spoluúčasti pacientů. Nejenom, že vzniká finanční deficit v oblasti zdravotnictví, ale i zdravotní služby nejsou poskytovány plnohodnotně, což vede k poklesu kvality zdravotní péče a k nespokojenosti pacientů.

Dá se říci, že nikdo nemá zájem o šetření s financemi určenými na poskytování zdravotních služeb. Důsledkem toho je, že **občané nejsou dostatečně motivováni k celoživotní preventivní péči o své zdraví**. Jestliže se rozhodnou navštívit soukromého lékaře či zdravotní zařízení, musí za tuto péči zaplatit dvakrát. Poprvé jako povinný měsíční

poplatek ze mzdy na zdravotní pojištění a podruhé soukromému odborníkovi, kterému nemůže být úkon proplacen pojišťovnou.

Další možným zdrojem neefektivnosti českého zdravotnictví je **počet lůžek**, který je **předimenzovaný**. V ČR je průměrný počet lůžek v nemocnici 500-700 a ve fakultních nemocnicích je to až 1200 - 1500 lůžek, pro které pak není dostatek personálu.

Při uvažování o změnách lůžkového fondu v jednotlivých krajích, ale i v celé ČR je především důležité porovnat výkonnost nemocnic. Při snižování počtu lůžkového fondu musí zůstat zachována síť lůžkových zdravotnických zařízení, která zabezpečí dostupnost zdravotní péče.

Na **zvýšení DPH** zdravotnictví rovněž doplácí. Část prostředků, které stát do zdravotnictví investuje, obratem dostane zpět do rozpočtu prostřednictvím zvýšené sazby DPH .

V českém systému zdravotnictví se do **pozice ředitele nemocnice** dosazují stále lidé, kteří nejsou univerzálními odborníky. Jednou z variant ředitele nemocnice je buď lékař, ekonom nebo jinak vzdělaná osoba, která řadě věcí nemusí rozumět. Tímto může dojít k nevhodnému ovlivnění jinými osobami, které má ředitel nemocnice kolem sebe. Navíc tu bývá střet zájmů. Řediteli nemocnice by mělo záležet na plnění kvality péče. Ovšem za předpokladu, že potřebuje snížit dluh nemocnice, nebude kvalita péče jediným a možná ani hlavním cílem.

**Chaotické řízení zdravotní politiky.** Toto řízení vygenerovalo systém, který je silně deformovaný a je zneužíván všemi zainteresovanými osobami bez jakékoli přiřaditelné odpovědnosti. Od roku 2012 po reformě zdravotnictví se toto změnilo. Jsou stanoveny práva a povinnosti poskytovatelů zdravotní péče včetně sankcí za jejich porušení. Taktéž stížnosti pacientů jsou od roku 2012 řešeny přímo poskytovateli, pojišťovnami a kraji, kteří těmto stížnostem musí prokazatelným způsobem věnovat pozornost pod hrozbou sankcí.

Dalším neméně důležitým problémem je **postavení obyvatel v systému zdravotnictví**. Toto postavení je velmi slabé. Lidé jsou sice zatěžováni formou spoluúčastí a poplatků za poskytnutou péči, ale ta je mnohem menší než téměř ve všech ostatních zemích. Obyvatelé ČR nemají dostatečné informace, co se týče kvality zdravotní péče, ani o nákladech za poskytnutou zdravotní péči. Tyto informace lze označit za neveřejné, ačkoliv by měly být věci veřejnou. Opět roku 2012 došlo k reformě, jejímž dílčím krokem bylo i posílení práv pacientů. Pacient tímto získal nárok na veškeré informace o svém zdravotním stavu a poskytovaných zdravotních službách. Otázkou je, jak moc se tyto práva změnila. Zdali opravdu pacient tyto informace dostane.

Taktéž bylo zavedeno, že obyvatelé si mohou veškeré údaje o poskytovatelích zdravotních služeb volně vyhledat v Národním registru poskytovatelů.

Dalším krokem reformy bylo i **zavedení internetových aukcí** na nákup léků. Ministr zdravotnictví Leoš Heger si od jejich spuštění sliboval úsporu několika miliard ročně, které by pojišťovny mohly použít na placení zdravotní péče. Je tomu již půl roku, co zdravotní pojišťovny měly začít touto formou nakupovat levnější léky, pokud je mi ale známo, internetové aukce **dodnes nefungují**.

Problémem českého zdravotnictví je i **špatná koordinace péče**. Pacient dostane různé předpisy na léky, provádějí se mu různé vyšetření, rentgeny, odběry krve na laboratorní vyšetření. To vše stojí nemalé peníze. Zlepšením koordinace by bylo v systému možné ušetřit několik miliard korun. Především je důležité, aby lékaři sdíleli výsledky vyšetření. Tím lze zvýšit kvalitu péče a zamezit zbytečnému plýtvání peněz.

**Duplicitní čerpání prostředků z veřejného zdravotního pojištění.** Jedná se o situaci, kdy státní zaměstnanci – lékaři z krajských a fakultních nemocnic, mají zároveň i svou soukromou praxi v oborech, ve kterých působí v nemocnicích. Zde potom dochází k tomu, že na jedno rodné číslo jsou prováděny duplicitní úkony, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění pacienta. V ČR je tento systém velmi rozšířen, ovšem v západních zemích není takový postup možný. V Rakousku je povoleno, aby univerzitní lékař měl svou klientelu, ale ta si hradí tuto péči přímou platbou a nikoliv z národního zdravotního pojištění.

**O předražování přístrojů,** které nakupují zdravotnická zařízení, se nejenom mluví, ale policie šetří i desítky případů korupce. Čelit korupci ve státní správě v oblasti nákupu zdravotnické techniky není jednoduchým úkolem, jelikož tato oblast není doposud regulována. Situaci by mohlo zlepšit zavedení závazné databáze obvyklých cen přístrojů, což by mohlo alespoň částečně omezit příležitosti ke korupci při nákupu drahých přístrojů. Stanovení rozpětí cen by se mohlo inspirovat současným systémem určování maximálních cen léčiv. Metodika maximální ceny a úhrady léčiv se odvíjejí od koše nejnižších cen v zahraničí. Stejně tak by bylo možné určit maximální cenu nakupovaných přístrojů.

Dle statistických vyhlídek lze do patnácti let počítat s 43 % nárůstem počtu občanů starších 65 let a s odpovídajícím úbytkem obyvatel v mladších věkových skupinách. Z této prognózy je zřejmé, že významně narostou výdaje na zdravotní péči poskytovanou seniorům. To způsobí situaci, kdy dojde k výraznému poklesu příjmů systému veřejného zdravotního

pojištění v důsledku nižšího počtu obyvatel v produktivním věku, kteří hradí zdravotní pojištění.

Nejde o příliš vzdálenou budoucnost, již v současnosti odchází do důchodu silná poválečná generace. Podle kvalifikovaných odhadů by za deset let ve zdravotnickém systému mělo chybět okolo 33,5 miliardy Kč.

Touto kritikou českého zdravotnictví vyzdvihují jen malou část problémů, jemuž musí české zdravotnictví čelit. Ovšem kdykoli jsou zavedeny reformní opatření směřující k finanční stabilizaci tohoto systému, vždy se najde někdo, kdo bude poukazovat na nevhodnost daného opatření.

#### 4.4 Dílčí návrhy ke zlepšení českého zdravotnictví po vzoru Rakouska a Německa

V této podkapitole bych ráda podala návrhy ke zlepšení zdravotnictví ČR, ke kterým jsem se nechala inspirovat u našich přeshraničních sousedů, především Německa a Rakouska. Poukáží, jaký systém financování zdravotnictví zvolily a jakým způsobem funguje.

V kapitole 4.3, která se zabývá kritikou stávajícího systému, je mimo jiné poukázáno na to, že v ČR máme pro každou nemocnici jen jednoho ředitele, který je buď lékařem nebo ekonomem, tak podle rakouského zákona každá nemocnice musí mít nejméně jednoho lékařského ředitele a jednoho správního (ekonomicko - právního) ředitele. Pokud by se dostali do vzájemného konfliktu, musí požádat zemský úřad o vydání rozhodnutí. Taktéž nesou plnou odpovědnost za kvalitu péče i hospodárné využívání veřejných peněz.

V českých předpisech je dáno, že pouze jeden odborný zástupce (ředitel) je dostatečně kompetentní pro vedení celé nemocnice. V Rakousku ze zákona každé oddělení musí mít zkušeného primáře a stejně zkušeného zástupce primáře. Tím je zajištěno, že jednotlivá oddělení poskytují vždy plnohodnotnou kvalitu péče.

Pokud jde o práva pacientů, jsou na tom pacienti v Rakousku oproti ČR lépe. Rakouští pacienti mají hodně práv, například právo na vyřízení korespondence, na doručení stížnosti k nezávislé revizní komisi a jiné. Rakušané jsou si totiž vědomi toho, že práva pacientů při hospitalizaci jsou velmi důležitá. Zejména při těžším onemocnění a při upoutání na lůžko má pacient ztíženou možnost se bránit. V rakouské nemocnici má pacient právo se vždy dozvědět



kontakt na svého nezávislého zástupce - právníka placeného státem za to, aby dojížděl do nemocnic za pacienty, pokud si potřebují na něco postěžovat nebo urovnat spor v nemocnici.

Zákon v ČR neřeší počet lůžek na počet obyvatel v regionech, jen se je snaží eliminovat. Rakouská nemocnice má v průměru 200 lůžek, u nás to je 500 až 700 lůžek. V české fakultní nemocnici pak něco mezi 1200 až 1500 lůžky.

Taktéž průměrná délka hospitalizace v ČR je mnohem delší než v Rakousku. Je to způsobeno tím, že české nemocnice tímto umělým prodlužováním hospitalizace mimo jiné dokazují, že právě jejich oddělení není zbytečné

V Rakousku je ku příkladu jen jedna specializovaná nemocnice s určitým odborným zaměřením, která by měla stačit pro 500 tisíc obyvatel. V ČR je takových nemocnic mnohem více. Rakouští ekonomové totiž vědí, že určité nemocnice v určitých lokalitách nemusejí být předimenzovány různými odděleními a odborníky. Stačí zajistit si spolupráci s konziliárními lékaři ze zemské nemocnice. Rakouské nemocnice mají povinnost vzájemně spolupracovat a nekonkurují si. To vede k tomu, že v nemocnicích jsou všechny služby, včetně pohotovostí, zajištěny ve srovnatelné kvalitě, bez zbytečného plýtvání ve formě nadbytečného personálu.

V tabulce 4.5 je provedeno srovnání mezi Rakouskem a ČR v počtu lékařů, počtu lůžek a průměrné ošetrovací doby na 1 000 obyvatel.

Tab. 4.5 Srovnání vybraných ukazatelů na 1 000 obyvatel

	2008		2009		2010	
	Rakousko	ČR	Rakousko	ČR	Rakousko	ČR
Počet lékařů	4,6	3,5	4,7	3,5	4,8	3,6
Počet lůžek	7,7	7,2	7,7	7,1	7,6	7
Průměrná ošetrovací doba	6,8	7,4	6,7	7,4	6,6	7,3

Zdroj: [33], vlastní zpracování

Bez souhlasu zdravotních pojišťoven se v Rakousku neotevře nové oddělení nemocnice, dokonce ani celá nemocnice. Zemský hejtman musí zajistit souhlas svazu pojišťoven. Rakouští pojišťenci mají v tomto výsadní právo a to z toho důvodu, aby nemuseli zbytečně platit nevytížená oddělení či nemocnici. Zemský hejtman také musí každoročně sledovat a hodnotit vytíženost oddělení veřejných i soukromých neziskových nemocnic a podle toho se rozhoduje. Pokud by ale hejtman přece jen rozhodl proti názoru pojišťoven, pak

se tyto pojišťovny mohou odvolat ke správnímu soudu. Pokud prokážou, že pojištěnci nové kapacity nepotřebují, pak spor se státem vyhrají. To je další zásadní rozdíl ve srovnání s ČR. U nás o počtu nemocnic a lůžek a přístrojů rozhodují ve velké míře sami lékaři.

Do plánování sítě služeb, jestliže jde o ústavní péči, zasahují v Rakousku demokraticky obce, země, pojišťovny, lékařská komora a zástupci pacientů. Závěrečné rozhodnutí je na konsensu mezi hejtmanem spolkové země a svazem pojišťoven. Lékaři v této věci nehlasují, poskytují pouze svůj odborný názor. Systém je nastaven tak, aby došlo k maximálnímu vyloučení střetu zájmů při rozhodování o kapacitách ve zdravotnictví.

Rakousko na několik let přijímá na úrovni spolku plán lůžek a nákupu drahých přístrojů. Všechny veřejné a neziskové nemocnice se musejí tomuto plánu podrobit. V této záležitosti opět rozhodne konsensus mezi státem a svazem pojišťoven. Je to demokratické a zároveň oproštěné od nežádoucího lobbiování.

V Rakousku pacient platí poplatek při hospitalizaci, ale jen 28 dnů v roce. Od tohoto poplatku jsou osvobozeni nemajetní občané. Takto vybrané peníze slouží k mimosoudnímu odškodňování pacientů za nedostatky při poskytování péče. Pacient, který není osvobozen od poplatku, má i přesto právo požádat vedení nemocnice o mimořádné odpuštění platby z důvodu momentální nepříznivé finanční situace.

Zákon o právech německých pacientů vylepšil v roce 2012 původní Chartu práv pacientů, novelizuje např. občanský zákoník, ve kterém je nyní upravena tzv. léčebná smlouva mezi lékařem a pacientem. Je tu ku příkladu významné ustanovení, které se týká toho, že pokud lékař nemá v pořádku zdravotní dokumentaci (neúplná či zmatečná), soud v případě sporu tyto nedostatky přičte k tíži lékaře jako závažné okolnosti nasvědčující chybné léčbě.

V Německu v případě podezření na závažné pochybení či opomenutí lékaře, se následně postupuje tak, že důkazní břemeno se přesune na lékaře a díky tomu pacient nemusí vždy dokazovat, že lékař pochybil. Lékař se musí sám obhájit a doložit, že nepochybil a musí k tomu mít přesvědčivé důkazy.

Zdravotní pojišťovny po roce 2012, ve kterém došlo k posílení práv pacientů, jsou silněji vázány k tomu, aby pojištěncům pomáhaly při jejich sporech s lékaři. Právníci zdravotních pojišťoven mají pomoci zformulovat a podat návrh na soudní projednávání. Pojišťovny zajišťují pacientům zdarma nezávislý lékařský posudek od smluvních lékařů. Pacient v Německu na rozdíl od českého pacienta může ještě před zahájením soudního řízení zdarma a rychle zjistit, jaké odborné důkazy by měl k dispozici. Zdravotní stav je přezkoumán

ihned po chybném zákroku. Pojišťovna rovněž navíc pomůže zajistit nápravnou léčbu, což u nás chybí. V ČR se lékařům nechce opravovat cizí zavinění a pacienti někdy marně shánějí nemocnici k opravné operaci.

Další novinkou je, že německé pojišťovny mají povinnost některé vymezené věci řešit ve stanovených termínech. Příklad: pacient potřebuje informace, zdali mu jeho pojišťovna zaplatí určité výkony. Pojišťovna mu nově musí odpovědět nejpozději do tří týdnů a nebo do 5 – 6 týdnů, pokud se musí zajistit nějaké speciální vyšetření nebo posudek. Jestliže pojišťovna nedodrží stanovený termín, musí pacientovi všechny požadované úkony proplatit, i kdyby měla námitky proti účelnosti péče.

V Německu existuje tzv. Hausarztmodel, čili model praktických lékařů. Tento model předpokládá, že prvním místem kontaktu pacienta bude vždy praktický lékař. A právě tento lékař rozhodne, ke kterému odbornému lékaři pošle pojištění.

V německém systému zdravotnictví každý občan odvádí státu určitou část svých příjmů. Z pohledu poplatků existují zákonem dané finanční hranice, po jejichž překročení neplatí po zbytek roku žádný člen domácnosti nic navíc. Hranice pro placení poplatků je v ČR stanovena absolutní částkou 5 000 Kč a u lidí starších 65 let a dětí do 18 let činí 2500 Kč. V Německu je tato hranice dána sazbou 2 % z hrubého příjmu (1 % u chronicky nemocných). Solidaritou je Německo pověstné. Děti a mladiství do 18 let nezaplatí ani cent.

Další variantou v německém systému zdravotnictví je soukromé zdravotní pojištění. Za určitých pevně daných podmínek může pojištěnec opustit státní systém a nechat se pojistit u soukromé pojišťovny. Výhod ze soukromého pojištění je mnoho. Například žádné dodatečné poplatky, nadstandardní péče nebo přednostní zacházení.

Odborní lékaři jsou se systémem spokojeni. V čem se ale Německo výrazně liší od České republiky, to jsou pacienti. Lidé mají v Německu větší zodpovědnost za svoje zdraví. Jsou náročnější, mají informace a vědí, co chtějí za své peníze dostat.

Poplatky za nemocnici za den jsou stanoveny v Německu ve výši 10 EUR do 28 dne a v ČR 100 Kč za každý den (cca 3,9 EUR při kurzu 25,70 CZK / EUR ze dne 28. ledna 2013). U lékaře se platí v Německu 10 EUR za čtvrt roku a u specialisty s doporučením se neplatí nic. V ČR se platí 30 Kč za každou návštěvu u lékaře s určitými výjimkami. Za léky se platí v Německu 10 % z ceny léku, nejméně však 5 EUR a nejvíce 10 EUR. V ČR se platí za každý recept 30 Kč.

#### 4.5 Finanční rezervy českého zdravotnictví v oblasti příjmů

#### 4.5.1 Veřejné zdroje

V současném systému financování zdravotnictví v ČR řadíme mezi veřejné zdroje především příspěvky na zdravotní pojištění, platbu za státního pojištěnce a přímé výdaje místních rozpočtů a centrálního rozpočtu.

##### 4.5.1.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je základním pilířem financování zdravotnictví v ČR. Vhodnou alternativou se mi jeví navýšení plateb na zdravotní pojištění u OSVČ, kdy navýšení odvodů OSVČ na úroveň zaměstnanců by systému veřejného zdravotního pojištění přineslo až několik miliard Kč. Vedlo by to i k odstranění nerovnosti mezi zaměstnanci a podnikateli. Na druhou stranu by ovšem tímto opatřením vznikly podnikatelům vyšší náklady, což by ztížilo jejich podmínky pro podnikání.

Minimální vyměřovací základ OSVČ činí dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. V roce 2012 činila průměrná měsíční mzda 25 137 Kč, minimální měsíční vyměřovací základ v roce 2012 tedy byl 12 568,50 Kč. Z toho minimální měsíční záloha na pojistné je po zaokrouhlení rovna částce 1 697 Kč.

Maximální vyměřovací základ v roce 2012 byl 1 809 864 Kč. Maximální měsíční záloha na pojistné byla stanovena na 20 361 Kč.

Zdravotní pojišťovny dostávají za zaměstnance měsíčně v průměru 3 400 korun, podnikatelé platí necelých 1 700 korun.

Toto navýšení odvodů OSVČ by bylo možné za předpokladu zvýšení minimálního vyměřovacího základu na výši průměrné mzdy. Další alternativa je zvýšení vyměřovacího základu z 50 % příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení na 100 % příjmů po odpočtu výdajů nebo na 50 % příjmů bez odpočtu výdajů.

##### 4.5.1.2 Navýšení příjmů zdravotnických zařízení z krajských a obecních rozpočtů

V roce 2011 bylo vydáno kraji a obcemi na zdravotnictví 16,8 mld. Kč. Jejich postavení ve financování zdravotnictví jakožto vlastníků největšího počtu lůžkových zdravotnických zařízení a lůžkové kapacity v ČR, se mi jeví jako velmi nízké. Alternativa navýšení příjmů zdravotnictví z rozpočtu krajů je tedy v kompetenci krajských samospráv, které rozhodují o tom, do čeho budou příjmy investovat a teoreticky by se zde daly hledat

nové zdroje financování zdravotnictví. Naproti tomu musíme počítat s tím, že navýšením odvodů do zdravotnictví z rozpočtu krajů se sníží investice krajů do jiných oblastí.

#### **4.5.1.3 Platba za státního pojištění**

Státní pojištěnci jsou důchodci, děti, studenti, nezaměstnaní občané, ženy na mateřské a rodičovské dovolené a další. Zdravotní pojištění je v České republice povinné a musíme jej platit všichni. Za státní pojištěnce však hradí zdravotní pojištění stát. V letošním roce platí stát za státní pojištěnce 723 Kč za každý měsíc. Zvýšení plateb za státní pojištěnce o 49 Kč na 772 Kč a zvýšení vyměřovacího základu na 5 714 Kč, jak navrhovalo Ministerstvo zdravotnictví pro rok 2013, mohlo přinést také nemalé finanční prostředky, bylo ovšem zamítnuto. Systém by získal tímto zvýšením navíc téměř 3,6 miliardy Kč. Podíl plateb státu v celkových příjmech zdravotních pojišťoven tvoří jen 22 procent.

Pojistné za státní pojištěnce naposledy stouplo k 1. lednu 2010. Navyšování prostředků veřejného zdravotnictví prostřednictvím navýšení platby za státní pojištěnce podléhá politickému rozhodnutí. Zvýší-li se platba státu, musí se zvýšit příjmy státního rozpočtu. V opačném případě dojde k navýšení deficitu veřejných financí. Aby stát předešel tomuto deficitu veřejných financí, jednou z možností je regulace platů státních zaměstnanců.

V případě, kdyby stát platil za státní pojištěnce částky odpovídající jejich počtu, tedy alespoň 50 % příjmu zdravotních pojišťoven, vznikl by za této situace prostor pro snížení odvodů na zdravotní pojištění ze současných 13,5 % na cca 11 %. Takto ušetřené finanční prostředky by občané mohli použít na komerční připojištění. Tímto názorem jsem se nechala inspirovat panem Ing. Jiřím Mlýnkem. [8]

#### **4.5.1.4 Asignace části daňových příjmů ze spotřebních daní**

V roce 2007 vydaly pojišťovny na léčbu alkoholiků 1,032 miliardy korun, o dva roky později již 1,214 miliardy a v roce 2010 činily tyto výdaje 1,173 miliardy a na léčení nemocí kuřáků se ročně spotřebuje v systému veřejného zdravotního pojištění asi šest miliard. Alkohol patří k nejužívanějším návykovým látkám. Spotřeba alkoholu, ale i tabákových výrobků má vliv na celkové zdraví populace, podle studií alkohol celosvětově souvisí až se 4 % všech úmrtí.

Stát vybere na spotřební dani za tabák 44 miliard bez DPH. Celkové příjmy roku 2011 z daně z alkoholu činily celkem 11,7 miliard korun. Z toho dle statistiky celní správy činila

daň z lihu 6,9 mld. Kč, daň z piva 4,5 mld. Kč a daň z vína a meziproductů 299 miliónů korun.

V celkových výdajích pojišťoven tvoří péče o osoby závislé na alkoholu a drogách méně než jedno procento. [41]

Převedení části příjmů, tedy 1 % ze spotřební daně z alkoholu (tj. spotřební daně z lihu, z piva, z vína a meziproductů) a tabákových výrobků se mi proto jeví jako zcela logická volba při uvažování o dalších možnostech získání finančních prostředků.

Důsledkem navýšení spotřební daně může dojít k nižšímu výběru těchto daní vzhledem k možnému poklesu spotřeby, takový pokles je ale z hlediska zdravotnictví více než žádoucí.

#### 4.5.2 Soukromé zdroje

Soukromé výdaje na zdravotnictví, které tvoří přímá vydání obyvatelstva, výdaje neziskových institucí, dary, výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců, soukromé zdravotní pojištění a další, jsou dalším zdrojem financování zdravotnictví.

Podle výše podílu je ČR mezi zeměmi s nejnižším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví. To potvrzuje fakt, že přímé platby pacientů jsou jedny z nejnižších ze zemí OECD. Tyto platby u nás činí přibližně 17 % veřejných výdajů. Průměr v členských zemích OECD je přitom 27,8 %. Ve srovnání se zahraničím lze také na první pohled vidět rezervy v oblasti soukromých zdrojů ve zdravotnictví.

##### 4.5.2.1 Spoluúčast pacientů

Celkové náklady zdravotní péče včetně úhrady léků nejsou v žádné evropské zemi hrazeny pouze ze systému zdravotního pojištění. Spoluúčast pacientů je v Česku jedna z nejnižších z evropských zemí.

Přímé platby občanů v Česku se realizují za doplňky stravy, kosmetické operace, ve formě doplateků za léky, příplateků u zubařů a regulačních poplatků. Celkem přímé platby v Česku činí 17 % nákladů na zdravotní péči. V EU dosahují přímé platby pacientů až 40 % nákladů.

Jednou z variant je stanovit podle vzoru Německa pouze jednorázový vstupní poplatek pacienta za čtvrtletí při první návštěvě lékaře a ne opakovaně, avšak s maximálním ročním limitem. Základní čtvrtletní spoluúčast německých pacientů se zdravotním pojištěním činí 10 €. Roční limit pro spoluúčast činí 2 % hrubého ročního příjmu.

Další varianta je připlácení za nadstandard dle francouzského modelu spoluúčasti pacientů na léčbě a dobrovolné připojištění pokrývající tyto náklady spoluúčasti. Výše spoluúčasti u jednotlivých typů péče a zákroků by musela být nastavena tak, aby nedošlo k nadměrnému finančnímu zatížení osob trpících vážnými chorobami. Percentuální spoluúčastí by zpočátku mohla být zatížena pouze ambulantní sféra. Spoluúčast pacientů na nákladech v ambulantní sféře ve výši 10 % by systému přinesla prostředky v řádu miliard Kč.

#### **4.5.2.2 Komerční připojištění**

Podíváme-li se zpětně na graf 4.6, zjistíme, že podíl soukromých zdrojů v zahraničí tvoří významnou složku financování, která v současnosti v České republice chybí. V rámci evropských států OECD financuje soukromé zdravotní pojištění průměrně 4,7 % výdajů na zdravotnictví.

Příplatek za výběr lékaře v nemocnici (např. primáře), zkrácení čekací doby nebo vyšší kvalitu nemocnice a materiálu (případně za pobyt na jednolůžkovém pokoji, kvalitnější stravu atp.) představuje v zahraničí standardní obsah balíčků komerčního zdravotního připojištění. V současném systému není v České republice pro podobné produkty prostor. Vyplývá to z toho, že v ČR není definován standard a nadstandard (obsah standardní a nadstandardní péče by měl být stanoven odbornou lékařskou společností, kterou by kontrolovala ČLK, zároveň i se ZP), jedná se zatím o doplňkové produkty typu pojištění denních dávek při pobytu v nemocnici, které zpříjemňují hospitalizaci, ale nezajišťují lepší léčbu, materiál, koordinaci péče atd. Výhodou možnosti příplatků na nadstandardní péči by kromě navýšení prostředků zdravotnictví byla změna motivace poskytovatelů a jejich větší orientace na klienta. K dnešnímu dni existuje mnoho zdravotních pojišťoven, které byly založeny za účelem zvýšení konkurence, to ale nevedlo k ušetření jediné koruny. Proč má být více zdravotních pojišťoven a k čemu ty ostatní vlastně jsou? Alternativou může být ponechání pouze jedné hlavní pojišťovny pro všechny občany a transformace ostatních pojišťoven na soukromé. U těchto soukromých pojišťoven by se mohli občané libovolně připojistit na pokrytí nadstandardních služeb, které nejsou hrazené státem.

Motivací občanů k účasti na komerčním zdravotním připojištění by měly být i daňové výhody.

## 5 Závěr

Dle statistických vyhlídek lze do patnácti let počítat s 43 % nárůstem počtu občanů starších 65 let a s odpovídajícím úbytkem obyvatel v mladších věkových skupinách. Z této prognózy je zřejmé, že významně narostou výdaje na zdravotní péči poskytovanou seniorům. Za této situace dojde k výraznému poklesu příjmů systému veřejného zdravotního pojištění, které bude zapříčiněno nižším počtem obyvatel v produktivním věku, kteří hradí zdravotní pojištění. Podle kvalifikovaných odhadů by za deset let v zdravotnickém systému mělo chybět okolo 33,5 miliardy Kč.

Prvotním cílem této práce byla analýza současného stavu financování zdravotní péče v České republice s následným porovnáním systému českého zdravotnictví se systémy financování zdravotnictví vybraných zemí. Touto analýzou bylo potvrzeno, že České zdravotnictví na počátku 21. století bude v rámci blízké budoucnosti muset čelit výzvám a bude zapotřebí vytvořit pružný systém poskytování zdravotní péče. Mezi tyto výzvy budou patřit zejména rostoucí nároky obyvatelstva na kvalitu zdravotní péče a především nevyhnutelné stárnutí populace. Další výzvou je neustále se rozvíjející medicína. Jsme a budeme schopni léčit stále obtížnější případy a různé vzácné choroby. To přináší pozitivum pro pacienty, ale zároveň je to velmi nákladné. Preventivní kroky je třeba začít podnikat již dnes, než problém přeroste do takové míry, že nebude řešitelný.

Doposud neexistuje žádná jednoznačně nejlepší koncepce, jak nastavit správný systém financování zdravotnictví. Dokonce i nejvyspělejší země si pokládají otázku, jak správně nastavit systém poskytování zdravotní péče, která bude vyžadovat co nejmenší výdaje spolu s efektivním využitím omezených zdrojů. Bouřlivé diskuze jsou i v otázce, zda odpovědnost za zdraví má ležet z větší části na občanu nebo na samotném státu.

Náš systém zdravotnictví je do značné míry srovnatelný se zdravotnictvím ve vybraných evropských zemích (Francie, Německo, Rakousko) a funguje na podobných principech, avšak v přístupu k potřebě péče o zdraví občanů se staví různými způsoby.

Dalším cílem práce bylo nalezení podnětných návrhů v systémech zdravotnictví zmíněných zemí, které by byly aplikovatelné při reformě zdravotnictví v ČR.

Základem problémů českého zdravotnictví je neexistující koncepce zdravotní péče v ČR. Taková koncepce musí být zpracována a schválena parlamentem na období minimálně 10 - 15 let. Bez tohoto základního kroku nelze změny kvalitně implementovat



V současném systému zdravotnictví existují finanční rezervy jak na straně příjmů, tak i na straně výdajů. Nelze se avšak do nekonečna jen zaobírat otázkou, jak zvýšit příjem finančních prostředků, ale je důležité se zaměřovat i na výdaje ve zdravotnictví, kde pozorujeme plýtvání zdroji.

Tyto rezervy lze hledat jak v efektivnějším nastavení systému veřejného zdravotního pojištění, tak i v efektivnějším hospodaření poskytovatelů. Značná neefektivita ve zdravotnictví je způsobena např. nezodpovědným přístupem spotřebitele zdravotní péče. Tato neefektivita se projevuje ve vysoké návštěvnosti ambulantních lékařů a ve vysokých výdajích za léky. Kombinací spoluúčasti, soukromého připojištění, poplatků a motivačních pobídek lze dosáhnout odpovědného chování spotřebitelů zdravotní péče.

Ke zvýšení efektivity hospodaření poskytovatelů by přispělo zprovoznění internetových aukcí na nákupy léčiv, zdravotnických prostředků a materiálu, další možnost ušetření veřejných prostředků spočívá v zavedení závazné databáze cen drahých přístrojů, díky kterému by se potlačila korupce a nákupy zbytečně předražených přístrojů.

Návrhy obsažené v této diplomové práci odpovídají na otázku, jak by mohlo dojít ke stabilizaci finančních toků ve zdravotnictví.

## Seznam použité literatury

### a) Odborné knihy

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- [2] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 978-80-245-998-9.
- [3] GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [4] HAMERNÍKOVÁ, Bojka, Alena MAAYTOVÁ a kol. *Veřejné finance*. 2. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 340 s. ISBN 978-80-7357-497-0.
- [5] JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
- [6] MÁTL, Ondřej, Veronika BERÁNKOVÁ a kol. *Zdravotnictví za hranicemi*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. 82 s. ISBN 978-80-254-3776-6.
- [7] NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 240 s. ISBN: 978-80-247-2628-1.

### b) Elektronické dokumenty a ostatní

#### *diplomové a disertační práce*

- [8] MLÝNEK Jiří. *Návrh vícezdrojového financování zdravotnictví v ČR*. Ostrava, 2009. Doktorská disertační práce. VŠB-TU, Ostrava. Fakulta ekonomická. Katedra managementu a ekonomiky.
- [9] POLEDNOVÁ, Petra. *Soukromé platby pacientů ve zdravotnickém systému Francie - Inspirace pro Českou republiku?* Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova Univerzita, Brno. Fakulta ekonomicko-správní. Katedra veřejné správy.

- [10] ŠLAIS, Karel. *Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice a vybraných zemích*. Olomouc, 2010. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav zdravotnického managementu.

***elektronické zprávy a dokumenty domácích a mezinárodních institucí***

- [11] BUSINESSINFO. *Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech* [online]. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojistenive/1000520/13637/#rakousko>>.
- [12] BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Gesundheitsfonds* [online]. Dostupné z: <http://www.bmg.bund.de /krankenversicherung/finanzierung/gesundheitsfonds.html>.
- [13] CENTRUM MEZINÁRODNÍCH ÚHRAD. *Německo* [online]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/eu/nemecko.htm>
- [14] ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech* [online]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-francie/>.
- [15] ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Rakousko* [online]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-rakousko>.
- [16] ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2010* [online]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r\\_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012)
- [17] GESETZLICHEKRANKENKASSEN. *Das System der gesetzlichen Krankenversicherung* [online]. Dostupné z: <http://www.gesetzlichekrankenkassen.de/system/system.html>.
- [18] GKV-SPITZENVERBAND. *Alle gesetzlichen Krankenkassen* [online]. Dostupné z: [http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_kranken\\_kassen/alle\\_gesetzlichen\\_kranken\\_kassen.jsp](http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_kranken_kassen/alle_gesetzlichen_kranken_kassen.jsp).
- [19] INSEE. *Évolution de la population jusqu'en 2013* [online]. 2013. Dostupné z: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02145](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02145).
- [20] INFORMAČNÍ CENTRUM VLÁDY. *Reforma zdravotnictví* [online]. Dostupné z: <http://icv.vlada.cz/cz/reforma-zdravotnictvi/default.html>.

- [21] INTERNATIONAL MONETARY FUND. *World Economic Outlook Database*. [online]. 2008, 2009, 2010. Dostupné z: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/02/weodata/index.aspx>.
- [22] MEDOP. *Systém úhrad ambulantní péče ve Francii*. [online]. MEDOP [21. 7. 2009]. Dostupné z: <http://www.medop.cz/zdravotni-politika/systemy-uhrad-ambulantni-pecce-ve-francii>.
- [23] MEDOP. *Výdaje na zdravotní péči ve Francii v roce 2010* [online]. Dostupné z: <http://www.medop.cz/metop/ostatni/vydaje-za-zdravotni-peci-ve-francii-v-roce-2010>.
- [24] MEDICAL PRACTITIONERS. *The Austrian medical healthcare system*. [online]. Dostupné z: <http://www.uemo.org/natsec/austria.html>.
- [25] MPSV. *Rakousko* [online]. Dostupné z: [http://portal.mpsv.cz/eures/prace\\_v\\_eu/země/rakousko#08](http://portal.mpsv.cz/eures/prace_v_eu/země/rakousko#08).
- [26] MISSOC. *Comperative Tables Database: 2012*. [online]. 2012. Dostupné z: <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>.
- [27] OECD. *Expenditure on health* [online]. OECD [30.10.2012]. ISSN 2075-8480. Dostupné z: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd\\_20758480](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480).
- [28] STATISTISCHES BUNDESAMT DEUTSCHLAND. *Gebiet und Bevölkerung* [online]. Dostupné z: [http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrta1.asp](http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta1.asp).
- [29] STATISTISCHEN BUNDESAMT DEUTSCHLAND. *2010: 287 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben* [online]. 2010. Dostupné z: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Aktuell.html>.
- [30] STATISTIK AUSTRIA. *Bevölkerung* [online]. Dostupné z: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html).
- [31] STATISTIK AUSTRIA. *Gesundheitsausgaben in Österreich* [online]. Dostupné z: <http://www.statistik.at/webde/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html>.

- [32] ÚZIS ČR. *Celkové výdaje na zdravotnictví 2007-2011*. [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>.
- [33] ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví* [online]. 2011, 2010. ISSN 1211-6467. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
- [34] VZP ČR. *Vyměřovací základ* [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat>.
- [35] VZP ČR. *Změny v platbě zdravotního pojištění od 1. ledna 2013* [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/aktuality/zmeny-v-platbe-zdravotniho-pojisteni-od-1-ledna-2013>.
- [36] VZP ČR. *Změna zdravotní pojišťovny* [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/zivotni-situace/zmena-zdravotni-pojistovny>
- [37] VZP ČR. *Přerozdělování pojistného* [online]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>
- [38] WHO. *Světová zdravotnická organizace ze dne 13. prosince 2011* [online]. Dostupné z: <http://www.who.cz/index.php/zakinfo>.
- [39] WIKISKRIPTA. *Základní modely zdravotnických systémů* [online]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_modely\\_zdravotnick%C3%BDch\\_syst%C3%A9m%C5%AF](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Z%C3%A1kladn%C3%AD_modely_zdravotnick%C3%BDch_syst%C3%A9m%C5%AF).
- [40] WIKIPEDIE. *Geografie Francie* [online]. Dostupné z: [http://cs.Wikipedia.org/wiki/Geografie\\_Francie](http://cs.Wikipedia.org/wiki/Geografie_Francie).
- [41] ZDN. *Na péči o alkoholiky a narkomany jde od roku 2007 o čtvrt mld. víc* [online]. ZDN [19.9.2012]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/na-peci-o-alkoholiky-a-narkomany-jde-od-roku-2007-o-ctvrt-mld-vic-466407>

## ***zákony***

- [42] Zákon České národní rady č. 592 ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění). In: *Sbírka*

*zákonů České republiky*. 1992, částka 119, s.3558-3564. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=2>.

- [43] Zákon České národní rady č. 586 ze dne 20. listopadu 1992 o daních z příjmů (zákon o daních z příjmů). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 117, s.3474-3491. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1992&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=2>
- [44] Zákon č. 48 ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (zákon o veřejném zdravotním pojištění). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16, s.1186-1264. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1997&typeLaw=zakon&whatt=Rok&stranka=11>.
- [45] Usnesení předsednictva České národní rady č. 2 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 1, s.17-23. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1993&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>.

## Seznam zkratek

ČR – Česká republika

ČLK – Česká lékařská komora

DRG – skupiny vztažené k diagnóze (Diagnosis Related Groups)

EU – Evropská unie

HDP – Hrubý domácí produkt

INSEE – Národní institut pro statistiky a ekonomické studie (Institut National de la Statistique et des Études Économiques)

KÚNZ – Krajský úřad národního zdraví

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NHS – Národní zdravotní služba (National Health Service)

NKÚ – Nejvyšší kontrolní úřad

OBZČ – Osoba bez zdanitelných příjmů

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

PPP – parita kupní síly (Purchasing Power Parity)

USA – Spojené státy americké (United States of America)

USD – Americký dolar

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

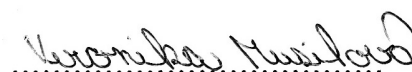
ZP – Zdravotní pojišťovna

# Prohlášení o využití výsledků diplomové práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, diplomovou práci užít (§ 35 odst.3);
- souhlasím s tím, že diplomová práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího diplomové práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o diplomové práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, diplomovou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 26.4.2013



Veronika Musilová



## Seznam příloh

Příloha č. 1 - Přehled plateb na zdravotní pojištění v ČR za období 2012 - 2013

Příloha č. 2 - Porovnání zdravotnických systémů vybraných zemí v roce 2012

